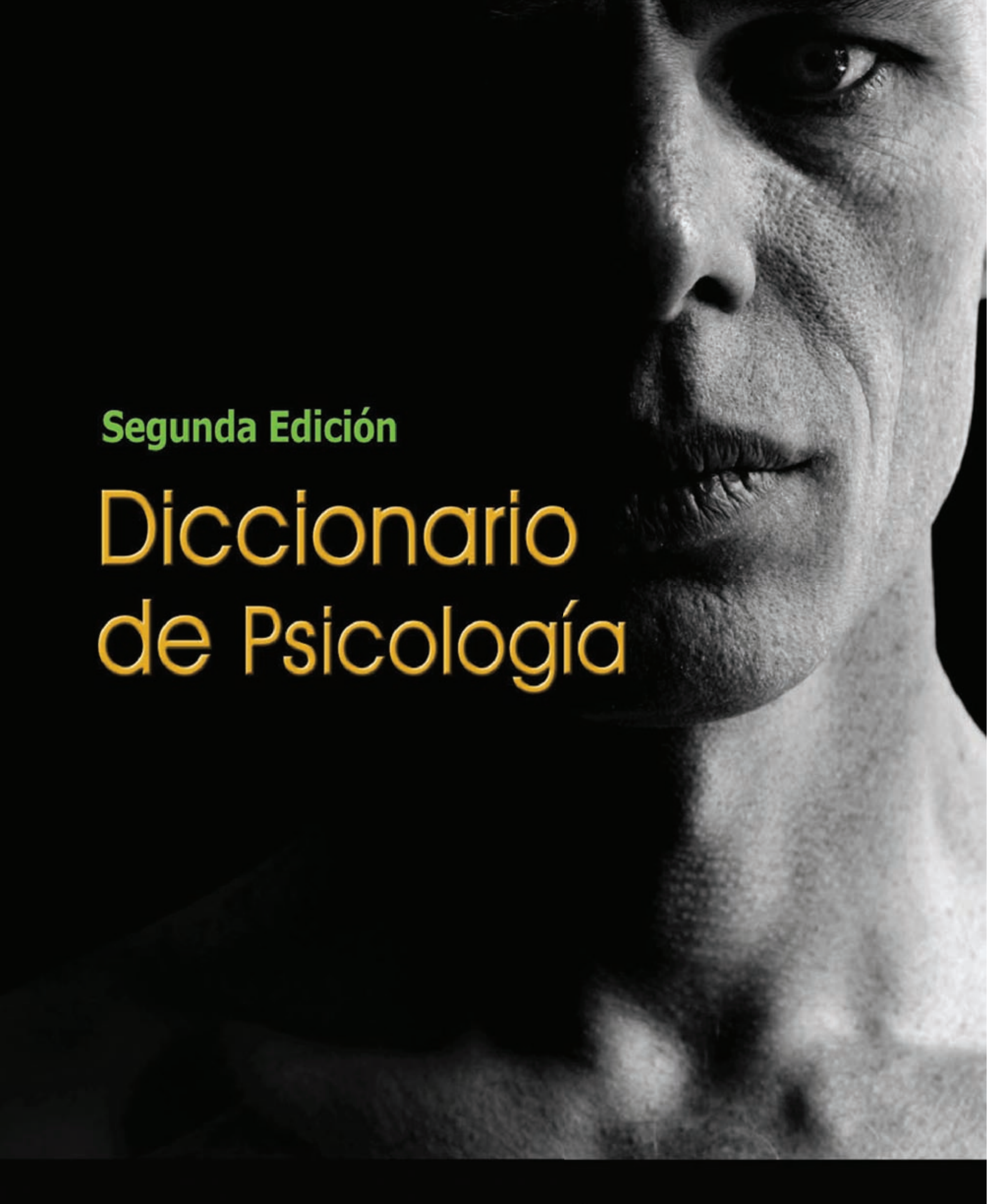


Segunda Edición

Diccionario de Psicología

Natalia Consuegra Anaya

ECOE EDICIONES



Natalia Consuegra Anaya

Psicóloga de la Pontificia Universidad Javeriana. Participante en el III Congreso Iberoamericano de Psicología, COP España, varios foros y congresos en la Pontificia Universidad Javeriana y de Desarrollo Humano en Denver USA.

Psicóloga - Consultora organizacional en entidades privadas.

Segunda Edición

Diccionario de Psicología

Natalia Consuegra Anaya

Consuegra Anaya, Natalia.
Diccionario de psicología / Natalia Consuegra Anaya. -- 2a. ed. -- Bogotá : Ecoe Ediciones, 2010.
374 p. ; 24 cm.
Incluye bibliografía.
ISBN 978-958-648-650-7
1. Psicología – Diccionarios I. Tít.
R150.3 cd 21 ed.
A1245948

CEP-Banco de la República-Biblioteca Luis Ángel Arango

Colección: Diccionarios
Área: Psicología

Primera edición: Bogotá, D.C., junio de 2004
Reimpresión: Bogotá, D.C., mayo de 2005
Segunda edición: Bogotá, D.C., febrero de 2010
Reimpresión: Bogotá, D.C., julio de 2010
Reimpresión: Bogotá, D.C., 2011
ISBN. 978-958-648-650-7

Coordinación editorial: Alexander Acosta Quintero
Autoedición: Yolanda Madero T.
Carátula: Magda Rocío Barrero
Impresión: Litoperla Impresores Ltda.
Carrera 25A No. 8-81, Tel. 3711917

Impreso y hecho en Colombia

DEDICATORIA

A quienes me quieren y a quienes quiero –y más a
quienes sienten que a quienes piensan – a los soñadores
y a quienes creen en los sueños como única realidad...

Edgar Allan Poe

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, eternos amigos; a José Ricardo Alvarez,
impulsor de mi pasión por la Psicología
y a los que creyeron que podía concluir esta odisea.

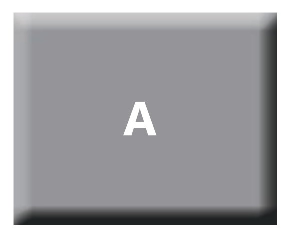
ORGANIZACIÓN DEL DICCIONARIO

Todos los términos se encuentran en orden alfabético, de acuerdo con las normas de la Real Academia de la Lengua.

Los extranjerismos, las palabras que por razones de uso se conservan en el idioma original y las remisiones para consultar otras entradas se encuentran diferenciadas con letra *cursiva* (p.e. *Biofeedback,* V. *Edipo)*.

Las clasificaciones o tipificaciones han sido organizadas con números arábigos y/o con **negrita.**

Las explicaciones , descripciones y/o interpretaciones proporcionadas por diferentes ramas, escuelas y/o autores de la Psicología se encuentran separadas por /.



Abandono. Tratamiento negligente o maltrato de una persona por parte de la(s) persona(s) encargada(s) de cuidarlo bajo circunstancias que indican daño o amenaza de daño a la salud o al bienestar del individuo.

Aborto. Muerte y expulsión espontánea o inducida de un feto antes que el mismo haya alcanzado un estado viable. Los tipos de aborto son: 1) **Diferido**: cuando entre la muerte del feto y la expulsión transcurre cierto tiempo; 2) **Espontáneo**: expulsión del útero del feto que ocurre naturalmente. Aproximadamente la mitad de los abortos espontáneos se asocian con anormalidades cromosómicas. Otros resultan de un óvulo o esperma defectuosos, un lugar desfavorable para la implantación, una falla en el suministro de oxígeno o de alimento causada por el desarrollo anormal del cordón umbilical, o alguna anomalía física de la madre; 3) **Incompleto**: va seguido de la retención de la placenta; 4) **Inminente**: amenaza de aborto; 5) **Ovular**: ocurre en la primera o segunda semana del embarazo; 6) **Inducido o Provocado**: cuando la muerte del bebé es procurada de cualquier manera: doméstica, química o quirúrgica; y 7) **Terapéutico**: por indicación medica.

Abreacción. Descarga o liberación de la tensión emocional asociada a una idea, conflicto o recuerdo desagradable reprimido; esto se consigue reviviendo nuevamente la experiencia emocional penosa. / Descarga afectiva actual, producida durante la cura, del afecto correspondiente a un trauma psíquico de otrora, que no se descargó en aquel momento, quedando, mientras tanto, en una consciencia segunda alejada del comercio asociativo y generando, desde ahí síntomas y ataques histéricos

Abstinencia. V. *Síndrome de abstinencia*.

Abstracción. Nivel del pensamiento y capacidad para pasar de lo general a lo particular. / Proceso en virtud del cual se separa o aísla alguna o algunas cualidades de un objeto o de una acción sobre el mismo (abstracción empírica), o las formas que permitirán aprehender dichos contenidos (abstracción reflexionante).

Abulia. Apatía y falta de fuerza de voluntad que incluye incapacidad para tomar iniciativas propias. Es ante todo una alteración de la actividad voluntaria, y más concretamente de su fase preliminar, donde aparece perturbado el deseo o la decisión de llevar a cabo una acción. Debe tenerse en cuenta que el acto voluntario en su complejidad comprende dos partes fundamentales: la primera es el período de elaboración consciente del acto, desde la iniciación del deseo hasta la decisión voluntaria. Se llama también acción implícita o conación; la segunda corresponde a la ejecución del acto o acción implícita. Betta distingue, dentro de las alteraciones de la primera parte del acto voluntario, y desde un punto de vista cuantitativo, tres categorías: la abulia, hipobulia y la hiperbulia. 1) **Abulia**: desde la semiología psiquiátrica, la abulia es definida como la falta absoluta de voluntad, la carencia de deseos y decisiones donde la afectividad deja de ser fuente de deseos, el pensamiento se apaga y la voluntad se inhibe; 2) **Hipobulia**: disminución de la actividad voluntaria. En realidad es un grado menor que

la abulia, y se manifiesta en los mismos enfermos considerados en la abulia; e 3) **Hiperbulia**: aumento de la actividad voluntaria, con lo que se obtiene mayor eficacia y rendimiento en las acciones. Así considerada, la hiperbulia es normal y caracteriza a los sujetos emprendedores y luchadores. Sólo es patológica cuando engendra actos inadecuados a las normas de convivencia: en la excitación maníaca, y en los delirantes que llegan a ejecutar actos delictuosos.

Aburrimiento. Estado emocional de insatisfacción dentro de una existencia que, durante ese período, se percibe como insulsa y sin sentido. / Emoción que sobreviene cuando el individuo no puede descubrir intereses y actividades que lo comprometan totalmente. Puede resultar de limitaciones externas (p.e. confinamiento solitario, privación sensorial, trabajo monótono) o de una inhibición interna. / (Psicoan.) Según Fenichel, el aburrimiento neurótico resulta de la desaparición de la meta pulsional, con lo cual la persona aburrida busca un objeto que lo ayude a encontrar la meta de la que carece. Sabe que quiere algo, pero no sabe qué. A diferencia de la apatía, en el aburrimiento hay entonces intranquilidad, tensión y hasta irritabilidad.

Abuso. Patrón de control obligado que una persona ejerce sobre otra. / **Abuso emocional** o **psicológico**: es el tipo de abuso más difícil de detectar, pues no deja huellas físicas visibles. Algunas de sus manifestaciones son: maltrato verbal (p.e. rebajar, insultar, ridiculizar, humillar), intimidación (p.e. asustar con miradas, gestos o gritos, etc.), amenazas o acusaciones (p.e. de herir, matar, suicidarse, golpear), abuso económico (p.e. control abusivo de finanzas, recompensas o castigos monetarios, negación del sustento), aislamiento (p.e. control abusivo de la vida del otro, mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha de sus conversaciones, impedimento de cultivar amistades, prohibición de salir, impedimento para ver a su familia, amigos, vecinos), desprecio (tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultar al otro), provocar confusión (p.e. el agresor niega lo que hace, culpabiliza a la víctima, da ordenes contradictorias, manipula para hacer aparecer a la persona abusada como mentirosa). (V. *Maltrato*). / **Abuso de sustancias**: se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativos. Se hacen manifiestos durante un período de doce meses aspectos como el consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa; el consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso; problemas legales repetidos relacionados con la sustancia; el consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia. / **Abuso físico**: cualquier acto que resulta en una lesión física no accidental. Suele comenzar con asaltos relativamente menores (p.e. pellizcar) y se va haciendo cada vez más violento y directo. Algunos actos de abuso físico son: pellizcar y/o apretar de manera dolorosa, empujar, restringir, estrujar, jalar el pelo, abofetear, morder, golpear, patear entre otros. Se habla de abuso físico cuando además se originan lesiones y/o incapacidad, y cuando se niega el tratamiento médico a la persona. / **Abuso sexual**: actos de ataque y/o explotación sexual. En la niñez, es la utilización de una persona menor de doce años o menos para la satisfacción sexual. Puede incluir contacto físico, masturbación, relaciones sexuales (incluso penetración) y/o contacto anal u oral, exhibicionismo, voyeurismo, pornografía y/o prostitución infantil.

Acalculia. Forma de afasia que implica la incapacidad de llevar a cabo aún las operaciones matemáticas más sencillas.

Acelticolina. Neurotransmisor envuelto en la *cognición*, estado de ánimo, sueño, músculos, estómago, bazo, vejiga, hígado, glándulas sudoríparas, vasos sanguíneos, y corazón.

Acomodación. (Psi. cogn.) Es, junto a la asimilación, uno de los dos pasos de la adaptación, que a su vez constituye, junto a la organización y el equilibrio, el proceso de desarrollo cognitivo. Implica la modificación de los esquemas previos; el cambio en una estructura cognitiva existente para manejar nueva información.

Acoso moral. También denominado *mobbing*, es un problema que se trata de procedimientos abusivos, palabras o sobreentendidos, gestos y miradas que, por su frecuencia y sistematización, afectan la integridad psíquica o física de una persona. El acoso moral es un ejercicio de intolerancia, de intransigencia, de discriminación y de envidia. El acoso moral es llevado a cabo por personas con características perversas que utilizan a quien toman por víctima, como un objeto destinado a satisfacer la propia necesidad de ejercicio del poder. Algunos de los signos del acoso moral pueden ser: 1) Ataques a las condiciones laborales y/o de la relación vincular que los una (p.e. presiones y críticas injustas, hacer que cometa faltas o errores, desacreditación personal, profesional, darle objetivos y negarle los medios para conseguirlos, alentar lo mismo que impedirá realizar, etc.); 2) Aislamiento y rechazo de la comunicación (p.e. aislamiento físico, no se la deja hablar, no se la escucha, se le ignora, se anima la relación con terceros dejando en evidencia el aislamiento al que somete a la víctima, etc.); 3) Atentados a la dignidad (p.e. descalificaciones, críticas e injurias personales, burlas, gestos de menosprecio, se hacen correr falsos rumores, se dice que es una persona enferma mental, se atacan sus creencias, su origen, su físico, etc.); y 4) Violencia verbal, física o sexual (p.e. amenazas físicas, empujones, portazos, gritos, invasión de su vida privada). El objetivo del *mobbing* es controlar y dominar al otro invadiendo su territorio psíquico. No se trata de reacciones temporales que implican una descarga de agresividad a causa de malas condiciones de trabajo o una situación determinada de la vida cotidiana, sino de una firme voluntad de destrucción que persiste en el tiempo de manera invariable.

Acrofobia. Fobia a los lugares altos.

Acting. (Psicoan.) Es el cortocircuito entre el impulso inconsciente y su manifestación en el afuera, tan sólo en términos negativos, y en el cual se observa la exclusión de lo conceptual lógico mediante la expresión en la acción. Es la única manera que tiene el paciente de mostrar lo que le sucede, a escala de lo que puede. Puede corresponder a una necesidad del paciente, invadido por sus propios contenidos, pero no favorece el cambio positivo de su yo.

Actitud. Tendencia o predisposición relativamente duradera para evaluar de un determinado modo a una persona, suceso o situación a partir de los significados que se les da y a actuar en consonancia con esta evaluación. Comprende una orientación social en términos de una respuesta favorable o desfavorable que se manifiestan a través de contenidos cognoscitivos, afectivos y de comportamiento comunicables de manera verbal y no verbal.

Acto. En el marco del interaccionismo simbólico, hay dos modelos de acto: 1) Acto como tal: es la actividad orgánica en general, que determina la relación entre el individuo y el entorno, y 2) Acto social: dado que el "organismo social" no es un organismo individual sino un grupo social de organismos individuales, sus

actos son aspectos de hechos que son trans-individuales. Por ello, es un acto colectivo que involucra la participación de dos o más individuos. A través de éste, los individuos en la sociedad crean su realidad. / Mead describe el desarrollo del acto en cuatro etapas: 1) Impulso: el individuo orgánico responde a situaciones problemáticas en su experiencia (p.e. la intrusión de un enemigo en el campo de existencia del individuo); 2) Percepción: el individuo define y analiza su problema; 3) Manipulación: la acción es tomada en referencia a la apreciación de la situación problemática; y 4) Consumación: la dificultad es resuelta y se reestablece la continuidad de la existencia órganica. / **Acto fallido** (Psicoan.): acto que se manifiesta de forma contraria a la intención original de la persona que lo realiza. Acto mediante el cual un sujeto, a pesar suyo, reemplaza por una acción o una conducta imprevistas el proyecto al que apuntaba deliberadamente. Lo mismo que con el lapsus, Sigmund Freud fue el primero en atribuir, a partir de *La interpretación de los sueños*, una verdadera significación al acto fallido, mostrando que es preciso relacionarlo con los motivos inconscientes de quien lo comete. El acto fallido, o acto accidental, se convierte en el equivalente de un síntoma, en la medida en que es un compromiso entre la intención consciente del sujeto y su deseo inconsciente. / **Pasaje al acto** (Psicoan.): se denomina así a ciertas formas impulsivas del actuar. La noción de "pasaje al acto" subraya en psiquiatría la violencia o la brusquedad de diversas conductas que crean cortocircuitos en la vida mental y precipitan al sujeto en una acción: agresión, suicidio, comportamiento perverso, delito, etcétera. Para Lacan es una salida de escena en la que, como en una defenestración o un salto al vacío, el sujeto queda reducido a un objeto excluido o rechazado. Esto no excluye entonces que haya puesta en acto del deseo del Otro. Aquí el acto no sería "algo que quiere decir", y correspondería a una ruptura del marco del fantasma y a una expulsión del sujeto.

Actualneurosis. V. *Neurosis actuales*.

Aculturación. (Psi. social) Proceso de aproximación, intercambio e influencia cultural mutua entre dos grupos distintos que entran en contacto permanente. La dimensión y la tendencia principal de las adopciones culturales dependen, entre otros factores, de las relaciones de poder. Al contrario que en la *asimilación*, en la aculturación no se debe producir necesariamente ningún cambio en la identidad y los valores fundamentales; las transformaciones que se producen a lo largo del proceso de transferencia cultural provocan a menudo la aparición de formas y/o significados completamente nuevos. La aculturación no es un encuentro cultural inocente, porque tal aproximación no sucede en condiciones simétricas (de igualdad); la cultura de los dominantes políticamente se impone a los demás haciendo concesiones periféricas o folklóricas en campos secundarios (comida, ropa, danzas, adornos).

Adaptación. Estado en el que el sujeto establece una relación de equilibrio y carente de conflictos con su ambiente social. / (Psi. cogn.) Término acuñado por Piaget para explicar la manera como una persona maneja nueva información. Es la interacción efectiva con el medio (resolución de problemas) a través de los procesos complementarios de asimilación y acomodación. Por ejemplo, cuando un bebé comienza a succionar un tetero, está asimilando, esto es, está usando un viejo esquema (succionar el pezón de la madre) para enfrentarse a un objeto o situación nueva. Cuando descubre que para succionar un tetero requiere hacer movimientos de la lengua y de la boca diferentes a los que hacía al succionar el pezón, ocurre una acomodación, modificando así el esquema anterior. Ha adaptado el esquema de succión para

enfrentarse con una experiencia nueva –el tetero. La acomodación y la asimilación trabajan juntas para producir el crecimiento cognitivo. / En la teoría general de sistemas, es la característica de los sistemas según la cual éstos pueden compensar desequilibrios originados en el ambiente, con la finalidad de mantenerse en estado de equilibrio o bien en estado uniforme.

Adicción. Tendencia imperiosa de la persona que pierde su capacidad de dominio en relación con el consumo de drogas, al uso de objetos (p.e. computador) o a la repetición de actividades (p.e. juego compulsivo), hasta el punto de dañarse a sí mísma o a la sociedad. Cualquier comportamiento que cumpla los siguientes seis criterios será definido operacionalmente como adicción: 1) Saliencia: cuando una actividad particular se convierte en la más importante en la vida del individuo y domina sus pensamientos, sentimientos y conducta; 2) Modificación del humor: experiencias subjetivas que la gente experimenta como consecuencia de implicarse en la actividad; 3) Tolerancia: proceso por el cual se requiere incrementar la cantidad de una actividad particular para lograr los efectos anteriores; 4) Síndrome de abstinencia: estados emocionales desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando una actividad particular es interrumpida o repentinamente reducida (v. *Síndrome de abstinencia*); 5) Conflicto: se refiere a los conflictos que se desarrollan entre el adicto y aquellos que le rodean (conflicto interpersonal), conflictos con otras actividades (trabajo, vida social, intereses, aficiones), o dentro de los propios individuos (conflicto intrapsíquico) que están involucrados con la actividad particular; y 6) Recaída: tendencia a volver los patrones tempranos de la actividad que vuelven a repetirse, restaurando los patrones más extremos de la adicción tras muchos años de abstinencia o control.

Administradores de contingencias. Son las personas (padres, maestros, terapeutas, y los mismos clientes) que dirigen las operaciones diarias de un programa conductual mediante la aplicación sistemática de estrategias o procedimientos conductuales a fin de influir en el comportamiento del cliente.

ADN (**Ácido Desoxirribonucleico**). Molécula orgánica cuya estructura tiene la forma de una "doble hélice" o helicoide, compuesta por una serie de moléculas químicas: las bases púricas y las piridímicas (adenina, guanina, citosina y timina), un azúcar (desoxirribosa) y un fosfato. Al conjunto de estos compuestos (una base, un azúcar y fosfato) se le conoce como nucleótido. Las moléculas de ADN son las unidades elementales a partir de las cuales se conforman los genes.

Adolescencia. Etapa de transición en el desarrollo que se da entre la niñez y la adultez, caracterizada por cambios biológicos y psicológicos. Los principales cambios físicos que se producen son un rápido aumento de estatura y peso, cambios en las proporciones y la forma corporales (debidos a la maduración de los órganos reproductivos y al desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias), y el logro de la madurez sexual. Los cambios psicológicos más importantes son los signos de autonomía (manteniendo sin embargo los lazos que los unen a sus padres y familiares), distanciamiento de los adultos que hasta ahora influían de manera importante en su vida, excesiva preocupación por la apariencia física, egocentrismo, búsqueda de identificación con su grupo de pares, rebeldía, entre otras. Se considera que su comienzo se da en la pubertad, aproximadamente a los 12 años y suele extenderse hasta el comienzo de los 20 años. De acuerdo con la teoría de las etapas cognitivas de Piaget, los adolescentes se encuentran en la etapa de las operaciones formales, caracterizada porque la persona puede pensar en tér-

A

minos abstractos, lidiar con situaciones hipotéticas y pensar en una diversidad de posibilidades. En resumen, en la adolescencia los cambios físicos son rápidos y profundos; llega la madurez reproductiva; la búsqueda de la identidad es central; los grupos de pares ayudan a desarrollar y probar el auto-concepto; se desarrollan la habilidad para pensar de manera abstracta y usar el pensamiento científico; y el egocentrismo adolescente persiste en algunos comportamientos. / **Fábula personal**: según Elkind, es la convicción que tienen los adolescentes de que son especiales, que su experiencia es única, y que no están sujetos a las reglas naturales que gobiernan al resto del mundo. Este pensamiento egocéntrico explica muchos de los comportamientos autodestructivos o lesivos de los adolescentes que creen que están mágicamente protegidos del daño y el peligro. / (Psicoan.) Según la teoría psicosocial de Erikson, las **metas básicas del desarrollo en la adolescencia** son dos: 1) Mantener las defensas yoicas frente a la intensidad instintiva creciente, pero investida ahora de un aparato genital maduro y un poderoso sistema muscular, y 2) Aprender a consolidar los logros relativamente libres de conflicto y resintetizar las identificaciones infantiles de una manera única, pero en concordancia con las leyes sociales. Los adolescentes se encuentran en la quinta crisis del desarrollo de la personalidad: Identidad versus Confusión de identidad, en la que deben determinar un sentido propio de sí mismos. La virtud característica es la fidelidad. / Para Freud, los cambios fisiológicos de esta etapa vuelven a despertar la libido; el deseo sexual de la etapa fálica, reprimido durante la latencia, resurge ahora y se canaliza de maneras socialmente aceptadas (relaciones heterosexuales con personas afuera de la familia). / (Psicoan.) **Reacción adaptativa de la adolescencia**: además de los duelos por los que pasa el adolescente (v. *Duelo*), éste oscila también entre estallidos de independencia y necesidades de sumisión. La síntesis sólo se dará cuando pueda captar globalmente lo que Fairbairn llama "dependencia adulta", y que implica una clarificación y una capacidad depresiva para distinguir entre Yo y objeto. Entre tanto el adolescente vive esta situación en términos antitéticos y esquizofrénicos. Uno es el niño dependiente y otro, total y monolíticamente distinto, cuando estalla en una pseudorebelión. La consecuencia de estas disociaciones es que, frecuentemente, y en razón también de las disociaciones transitorias y circunstanciales, el adolescente parece actuar como varios personajes diferentes. El logro de la unidad central de monitoría y organización para conseguir una identidad sólida constituye una de las metas de la "reacción adaptativa de la adolescencia". / (Psicoan.) El duelo por el mundo, y la subsiguiente sensación de descontrol, empujan al adolescente a buscar cambios aloplásicos (v. *Mecanismos de defensa*) en el mundo que lo rodea. Estos cambios se producen a través de intelectualizaciones que conciernen teorías abstractas sobre la sociedad, Dios, el papel de los padres, el sexo, etc. El adolescente, empero, está en un estadio intermedio. De las soluciones infantiles de juego y aprendizaje tiene que pasar a cambios directos por medio de la acción concreta. Frente a las contradicciones, el adolescente se retrae hacia sí mismo, hacia un mundo de omnipotencia narcisística que puede constituir una plataforma de lanzamiento para establecer nuevas conexiones libidinales, interpersonales y sociales. / (Psicoan.) **Síndrome normal de la adolescencia**: descrito por Knobel, consta de diez características: tendencia grupal; necesidad de intelectualizar y fantasear; crisis religiosas con oscilaciones entre ateísmo y misticismo; desubicación transitoria con predominio del proceso primario en el pensamiento; evolución sexual manifiesta (de autoerotismo a genitalidad heterosexual adulta); actitud social reivindicatoria con tenden-

cias antisociales; contradicciones en la conducta y acting; separación progresiva de los padres; fluctuaciones del humor y del estado de ánimo; y búsqueda de sí mismo y de la identidad. Con respecto a esto último, valdría la pena utilizar el término *identidades*, puesto que en el comienzo de la adolescencia se está lejos de la creación del sentimiento interno de mismidad y de continuidad; de la unidad del individuo sentida por el individuo y avalada por los demás, que constituye la identidad lograda. Se habla de identidades ocasionales o circunstanciales (V. *Duelo* y *Etapa genital*).

Adquisición. (Psi. del dllo.) Fase del aprendizaje en la que el sujeto aprende una asociación o una respuesta.

Adquisitiva, **etapa**. Una de las etapas de la teoría de Warner Schaie, quien cree que el desarrollo intelectual procede en relación con el reconocimiento que hacen las personas de lo que es significativo e importante en sus propias vidas. Schaie plantea la existencia de cinco etapas, que van desde "lo *que* necesito saber" (adquisición de habilidades en la infancia y adolescencia) pasando por "*cómo* debería usar lo que sé" (integración de estas habilidades en la práctica), hasta "*por qué* debería saber" (búsqueda de significado y propósito que culmina en la "sabiduría de la vejez"). La etapa adquisitiva es la primera; se desarrolla entre la infancia y la adolescencia. En esta etapa, la información y las habilidades son aprendidas principalmente para beneficio propio, sin importar el contexto, y como una preparación para la vida y la participación en sociedad. Las etapas siguientes son: etapa de logros, etapa de responsabilidad, etapa ejecutiva, y etapa reintegrativa.

Adrenalina. Hormona segregada por las glándulas suprarrenales, cuya función es aumentar la presión arterial y la frecuencia del ritmo cardíaco.

Adultez. Etapa de la vida posterior a la adolescencia. Se divide en: adultez temprana, adultez media, y adultez mayor. La **adultez temprana** o **adultez joven** va desde la segunda hasta la cuarta década de la vida. En esta etapa, las personas se proponen objetivos todos los días, tomando decisiones importantes para todas las áreas de su vida. Se caracteriza por la presencia del componente contextual de la inteligencia (de acuerdo con la teoría de Robert Sternberg), que se relaciona con la manera como las personas lidian con su medio. Es el aspecto práctico de la inteligencia, e implica la habilidad para evaluar una situación y decidir qué hacer: adaptarse a ella, cambiarla, o encontrar una nueva y mejor alternativa. Un importante componente de la inteligencia contextual es el conocimiento tácito, que no es enseñado formalmente ni abiertamente expresado (p.e. lograr un ascenso de puesto). Incluye el auto-manejo, el manejo de tareas, y el manejo de los otros. Con respecto a la teoría de las etapas cognitivas planteada por Piaget, se sabe que el tipo de pensamiento que caracteriza esta etapa es el pensamiento post-formal: flexible, abierto y adaptativo; las personas están en capacidad de combinar lo objetivo (elementos racionales o lógicos) y lo subjetivo (elementos concretos, o basados en la experiencia personal). De acuerdo con la teoría del desarrollo psicosocial planteada por Erikson, los adultos jóvenes se encuentran en la sexta crisis del desarrollo de la personalidad: Intimidad versus Aislamiento, caracterizada porque el sentido de la identidad, desarrollado durante la adolescencia, permite a las personas "fusionar" su identidad con la de los otros. Se resuelven las demandas conflictivas de aspectos como la intimidad y la competitividad, y se desarrolla un sentido ético. Están preparados para entrar a una relación heterosexual duradera con el fin último de proveer un adecuado ambiente de crianza para sus hijos. Los adultos jóvenes quieren y

necesitan intimidad; necesitan también asumir compromisos a largo plazo con otros. Si no logran hacerlo, pueden llegar a aislarse. La capacidad de establecer una relación íntima, que demanda sacrificio y compromiso, depende del sentido de identidad, crítico aspecto desarrollado en la adolescencia. La virtud de esta etapa es el amor, o la mutualidad de la devoción entre compañeros que han escogido compartir sus vidas. / La **adultez media** va desde los 40 hasta los 65 años aproximadamente. Según la propuesta de J. L. Horn, esta etapa se caracteriza por la presencia de la denominada inteligencia cristalizada, que es la habilidad para recordar y usar información. Depende de la educación recibida y de la formación cultural. Se vale del uso de la información almacenada y de cuán automático se ha hecho el procesamiento de la información. En esta etapa, los adultos tienden a pensar de manera integrativa: tienden a interpretar lo que leen, ven o escuchan en términos del significado personal que esto tiene para sus vidas; filtran sus vivencias a través de su propia experiencia y aprendizaje. Esto, por supuesto, tiene implicaciones importantes en cada aspecto de sus vidas, principalmente a nivel emocional. Para C. G. Jung, esta etapa constituye un punto fundamental en el desarrollo psicológico de los individuos. Según él, hasta los 40 años las mujeres y los hombres se concentran en sus obligaciones con su familia y la sociedad, y desarrollan los aspectos de la personalidad que les permiten alcanzar esos objetivos. Las mujeres hacen énfasis en la crianza y la expresividad; los hombres hacen énfasis en la orientación hacia los logros. Pero cuando sus carreras se establecen y sus hijos han crecido, hombres y mujeres se encuentran libres para expresar su personalidad. Logran una "unión de opuestos" expresando aquellos aspectos de sí mismos que hasta ahora habían suprimido. De acuerdo con la teoría de Erikson, en la adultez media se presenta la séptima crisis del desarrollo de la personalidad: Generatividad versus Estancamiento. La generatividad es la preocupación por establecer y guiar a la generación siguiente. Viendo el desvanecimiento de sus propias vidas, las personas sienten la necesidad de participar en la continuación de la vida, siendo los guías y orientadores de otros. Si esta necesidad no se satisface, las personas se estancan. La virtud de esta etapa es el cuidado por los otros. / La **adultez mayor** va desde los 65 años hasta la muerte. En esta etapa, aspectos como la visión, la capacidad de escucha, la fortaleza, la coordinación y la capacidad de reacción suelen verse disminuidos en un importante número de personas. A pesar de esto, la mayoría de ellas se encuentran en buen estado de salud. Son comunes las enfermedades mentales reversibles. La inteligencia cristalizada (v. *Adultez media*) se incrementa; se potencializan áreas como el pensamiento práctico, la aplicación de conocimiento y habilidades acumuladas, la pericia especializada, y la sabiduría. La memoria icónica (visual), a corto y a largo plazo suelen mantenerse en buenas condiciones. Siguiendo los planteamientos de Erikson, estos adultos se encuentran en la etapa de crisis: Integridad versus Desesperación. Las personas confrontan la necesidad de aceptar sus vidas -cómo han vivido- con el fin de aceptar la proximidad de la muerte. Luchan por alcanzar un sentido de integridad, coherencia y "completud" de la vida, para no llegar a la desesperación que originaría su incapacidad de reconstruir su vida. Para las personas que logran hacerlo, las tareas integrativas ganan un significado vital. La virtud de esta etapa es la sabiduría.

Afasia. Estado patológico en que se trastorna el lenguaje por causa de una lesión cerebral. / Alteración adquirida del lenguaje por compromiso de las estructuras neurolingüísticas cerebrales. Las afasias se dividen en: 1) **Afasias poste-**

riores, llamadas así debido a que el sitio lesionado suele ser la corteza cerebral localizada detrás de la cisura central; son las más graves pues presentan síntomas severos y es más difícil su tratamiento. La afasia típica de este grupo es la de Wernicke, cuyas características principales son: trastorno severo de la comprensión, anosognosia (no ser consciente de una limitación o un defecto) y aumento del volumen del lenguaje (vacío, incomprensible y abundante en neologismos (v. *Esquizofrenia*); 2) **Afasias anteriores**, en las que la lesión suele encontrarse en el lóbulo frontal. Hay disminución del volumen del lenguaje y trastornos en la pronunciación. La afasia de Broca es el ejemplo clásico de este tipo de afasia: el "lenguaje telegráfico" (rico en sustantivos y verbos pero pobre en artículos, conjunciones o preposiciones) es una de sus características principales; y 3) **Afasia de conducción**, en la cual lo que los pacientes expresan no necesariamente guarda relación con lo que están escuchando; además, hay incapacidad para repetir; y 4) **afasias amnésicas**, también conocidas como **afasias anómicas** o simplemente **anomias**. Hay dificultad para denominar, bloqueos constantes, circunloquios, parafasias (sustituciones de palabras) y neologismos. Hay también **afasias** "**fluidas"** o "**fluentes**", en las que el volumen del lenguaje se encuentra aumentado; **afasias** "**no fluidas**" o "**no fluentes**", en las que el volumen del lenguaje está reducido y la disartria, en la que hay defectos articulatorios; es una perturbación de la pronunciación de un fonema por causa motriz, debido a la cual el niño no puede realizar correctamente el movimiento o postura requerida por el fonema, sea por una razón central (parálisis o paresia) o periférica (malformación ósea o muscular de los órganos articulatorios).

Afectividad. Conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive. / Conjunto de estados y expresiones anímicas –ubicados dentro de un continuo cuyos polos son el agrado y el desagrado- a través de los cuales el individuo se implica en una relación consigo mismo y su ambiente.

Afecto. Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos experimentados subjetivamente. / Sensación que es registrada por la conciencia correspondiente a los aumentos o disminuciones en la unidad de tiempo de las cantidades de excitación libidinal provenientes desde dentro de la superficie corporal. Los aumentos, en términos generales, son registrados como displacer y las disminuciones como placer; en las variaciones cualitativas (producidas por la forma o el tiempo en que se producen estos mismos aumentos o disminuciones) existentes entre cada uno de estos dos extremos, se sitúan los otros diferentes afectos placenteros o displacenteros. / Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades: 1) **Plano**: ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva; 2) **Embotado**: reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional; 3) **Inapropiado**: discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideación; 4) **Lábil**: variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva, y 5) **Restringido o Constreñido**: reducción ligera de la gama y la intensidad de la expresión emocional. / (Psicoan.) Expresión emocional, eventualmente reprimida o desplazada de los conflictos constitutivos del sujeto. Palabra tomada por el psicoanálisis de la terminología psicológica alemana y que designa todo estado afectivo, penoso o agradable, vago o preciso, ya se presente en forma de una descarga masiva, ya como una tonalidad general. Según Freud, toda pulsión se manifiesta en los dos registros del afecto y de la representación. El afecto es la expresión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y de sus variaciones.

A

Afiliación. Mecanismo de defensa en que el individuo acude a los demás en busca de ayuda o apoyo, lo que significa compartir los problemas sin tratar de atribuirlos a los demás.

Agitación. Estado de inquietud o de actividad continua no enfocada hacia objetivo alguno. / **Agitación psicomotora**: excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

Agnosia. Trastorno del reconocimiento que impide a la persona identificar adecuadamente los estímulos visuales (**agnosia visual**) o auditivos (**agnosia auditiva**). Cuando no se pueden reconocer los objetos por tacto, se denomina **agnosia sensitiva** o **táctil**. Este trastorno es característico del síndrome parietal, originado por lesiones en esta zona del cerebro.

Agorafobia. Trastorno de ansiedad caracterizado por la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o embarazoso, o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente, pasar por un puente, viajar en bús o en carro. La persona evita estas situaciones (p. e. se limita el número de viajes), se resiste a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas. / **Agorafobia sin historia de crisis de angustia**: trastorno de ansiedad caracterizado por la aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. e. mareos o diarrea). No se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

Agramatismo. Alteración del lenguaje que se da en cuadros afásicos (v. *Afasia*) y se caracteriza por una dificultad para utilizar correctamente las relaciones gramaticales y sus reglas. Los pacientes agramáticos no pueden unir las palabras para formar secuencias sintácticamente correctas.

Agresión. Comportamiento socialmente definido como afrentoso o destructivo. Se diferencia la agresión hostil, que tiene como propósito infligir deliberadamente un daño o sufrimiento a otra persona, de la agresión instrumental, que persigue otro objetivo que el del padecimiento de la víctima. / **Agresión instrumental**: forma de agresión de los niños, que no busca herir ni dominar a otros niños, usada como instrumento para alcanzar un objetivo (V. *Comportamiento agresivo*).

Agresividad. Estado emocional que consiste en sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto. La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física y/o psicológicamente a alguien. / Según Valzelli, la agresividad se clasifica: en función de los objetivos: instrumentales y no instrumentales (si tiene un objetivo o no); en función del grado de control: conscientemente controlada o impulsiva; en función de su naturaleza física: acciones físicas o afirmaciones verbales; en función del desplazamiento: directa o indirecta (no se agrede al causante de la agresión sino que se desplaza contra un

objeto); y función interna o externa: autoagresión (suicidio) o heteroagresión. / De acuerdo con el psicoanálisis, las frustraciones generan agresividad. Aquello que impide a la persona tener aquello que desea puede desencadenar en agresividad. Esta puede ser directa hacia la persona que genera la frustración, ya sea mediante la agresión física o verbal, o indirecta desplazando la agresión a una tercera persona o a un objeto. / La Teoría del aprendizaje social afirma que habitualmente cuando un niño emite una conducta agresiva es porque reacciona ante un conflicto. Dicho conflicto puede resultar de: problemas de relación social con otros niños o con los mayores, respecto de satisfacer los deseos del propio niño; problemas con los adultos surgidos por no querer cumplir las órdenes que éstos le imponen; y problemas con adultos cuando éstos les castigan por haberse comportado inadecuadamente, o con otro niño cuando éste le agrede. En el caso de los niños la agresividad se presenta generalmente en forma directa ya sea en forma de acto violento físico (patadas, empujones) como verbal (insultos, gritos). Se habla de agresividad indirecta o desplazada cuando el niño agrede los objetos de la persona que ha sido el origen del conflicto, y agresividad contenida cuando el niño gesticula, grita o produce expresiones faciales de frustración. Los arrebatos de agresividad son un rasgo normal en la infancia pero algunos niños persisten en su conducta agresiva y en su incapacidad para dominar su mal genio. Este tipo de niños hace que sus padres y maestros sufran siendo frecuentemente niños frustrados que viven el rechazo de sus compañeros no pudiendo evitar su conducta. / **Agresión pasiva**: mecanismo de defensa en que el individuo muestra agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Existe una máscara externa de abierta sumisión a los demás, detrás de la que en realidad se esconde resistencia, resentimiento y hostilidad encubiertos.

Aislamiento. (Psicoan.) Defensa típica de la neurosis obsesiva consistente en que después de un suceso desagradable o de un acto significativo desde el punto de vista de la neurosis, se interpone una pausa donde nada debe suceder, ni percibirse ni hacerse. Lo desagradable no es olvidado pero se interrumpen sus conexiones asociativas. La forma de aislar es interponer intervalos espaciales o temporales de manera que las ideas “no se toquen entre sí”. El intervalo temporal estaría vinculado con la compulsión neurótica a contar. Ejemplos de aislamiento son las pausas en el pensamiento, los rituales, etc. Un aislamiento típico se da entre lo sexual y lo erótico, lo que hace que una persona sólo pueda desear sexualmente a quien no ama.

Akinesia. Dificultad para iniciar o mantener *un movimiento corporal*. Los síntomas incluyen: movimientos voluntarios lentos, dificultad para alcanzar objetos, incapacidad para llevar a cabo movimientos repetitivos, simultáneos o secuenciales, rostro inmóvil o inexpresivo, pérdida de movimientos de descanso mientras la persona está sentada, pérdida de los movimientos de balanceo del brazo mientras se camina, andar lento, y disminución de la destreza de los dedos.

Alcoholismo. Condición caracterizada por la dependencia física y emocional del alcohol. La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte. Entre sus consecuencias a largo

plazo se encuentran: daños serios en el hígado (cirrosis, cáncer), problemas del corazón, desórdenes gastrointestinales y daños en el sistema nervioso. Hay dos tipos de dependencia al alcohol: física y psicológica. La dependencia física se revela por sí misma, cuando se interrumpe la ingesta de alcohol, con síntomas muy claros como la tolerancia, cada vez mayor, al alcohol y enfermedades asociadas a su consumo. Los efectos directos del alcohol en el sistema nervioso son la depresión, como resultado de la disminución de la actividad, la ansiedad, tensión e inhibiciones. El alcohol también afecta a otros sistemas corporales. Puede aparecer una irritación del tracto gastrointestinal con erosiones en las paredes del estómago debidas a las náuseas y vómitos. Las vitaminas no se absorben bien, y esto ocasiona deficiencias nutricionales en los alcohólicos de larga evolución. También ocasiona problemas en el hígado (cirrosis hepática). El sistema cardiovascular se ve afectado por cardiopatías. También puede aparecer una alteración sexual causando una disfunción en la erección del pene en el hombre y una desaparición de la menstruación en la mujer. Los síntomas del alcoholismo son, entre otros: tolerancia a los efectos del alcohol, necesidad diaria o frecuente de alcohol para su función diaria, pérdida de control con incapacidad de interrumpir o reducir el consumo de alcohol, bebedor solitario, excusas para beber, episodios de pérdida de memoria asociados al consumo de alcohol (ausencias negras), episodios de violencia asociados al consumo de alcohol, deterioro en las relaciones sociales y familiares y en la responsabilidad laboral, ausentismo laboral, dolor abdominal, calambres, entorpecimiento, temblores, enrojecimiento y capilares de la cara dilatados (especialmente en la nariz), confusión, cansancio y agitación, insomnio y taquicardia.

Alexia. Perturbación adquirida a continuación de una injuria cerebral, parcial o total de la lectura. Neurológicamente, se emplea este término como supresión de lectura, mientras que el término "dislexia" se refiere a su perturbación. / Situación de un paciente que por lesión adquirida del cerebro ha perdido la capacidad de comprender la palabra escrita, sea manuscrita o impresa.

Alexitimia. (*a* = carencia de; *lexis* = palabra; *thymos* = emoción) Condición caracterizada por la dificultad de la persona para expresar sus sentimientos y emociones. Las características clínicas que definen a los alexitímicos incluyen la dificultad para describir los sentimientos –los propios y los de los demás- y un vocabulario emocional sumamente limitado. Más aún, tienen problemas para distinguir entre una emoción y otra, así como entre emoción y sensación física, de modo que, por ejemplo, pueden decir que tienen mariposas en el estómago y palpitaciones, pero no se dan cuenta que se sienten ansiosos. No se trata entonces, como algunos creen, que los alexitímicos nunca sienten nada, sino que son incapaces de saber –y especialmente incapaces de expresar en palabras- cuáles son exactamente sus sentimientos. Otras características de la alexitimia son: ausencia de fantasía y descripción elaborada de detalles triviales; el llanto es raro, a veces es abundante pero sin relación con el afecto apropiado; los sueños son escasos; tendencia a actuar impulsivamente; relaciones interpersonales habitualmente pobres, con tendencia a depender o a vivir aislado; perfil de personalidad narcisista, retraído, pasivo-agresivo o pasivo-dependiente, o psicopático.

Alienación. Sentimiento de extrañeza hacia personas, cosas o situaciones sociales, y sentimiento de extrañeza hacia sí mismo que aparece en algunos trastornos mentales. / Bloqueo autoinducido o disociación de sentimientos que

produce en la persona una reducción de su capacidad social y emocional con las consiguientes dificultades para ajustarse a la sociedad. / Dolencia, transitoria o permanente (esquizofrénicos, paranoicos) de aquellos enfermos mentales que han perdido la conciencia de su propio cuerpo, identificándose con un cuerpo inorgánico, con un animal o demonio, o con otra persona individual.

Alogia. Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (pobreza del habla). A veces el habla es adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado abstracta, repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).

Aloplástica. Término empleado que designa toda conducta dirigida hacia el medio externo, y por tanto capaz de modificarlo (p.e. hablar con alguien, asir un sonajero, etc.) / La conducta aloplástica es la que resulta adecuada a fines, la que a su vez se empeña en modificar la realidad, sin desmentirla, en un trabajo sobre el mundo exterior que produce cambios en él. Dentro de ella se incluyen todos los tipos de acción específica, esto es, acciones que descarguen la fuente de la pulsión, de la forma más completa posible. La aloplástica es un tipo de conducta que conduce a la descarga pulsional.

Alteraciones mnésicas. Son las lesiones de memoria; se observan con alguna frecuencia en lesiones del lóbulo temporal. Un síntoma clásico de lesión temporal es el fenómeno del *dèja-vù* (o crisis de lo *ya visto*), que consiste en tener una falsa sensación de familiaridad en un ambiente novedoso.

Altruismo. También denominado comportamiento prosocial. Consiste en mostrar preocupación e interés por otras personas, sin esperar recompensa o gratificación. El comportamiento prosocial en ocasiones implica costos, sacrificios o riesgos por parte de la persona altruista. Este comportamiento surge temprano en la vida. Aún antes de los dos años, los niños tienden a ayudar a otros, comparten con ellos sus pertenencias y comida, y los alientan o consuelan. Estas acciones aparecen casi simultáneamente con la aparición del uso de los símbolos y la capacidad de simular. Por ello, el niño está en capacidad de imaginar cómo pueden sentirse otras personas, así como desarrollar un sentimiento de responsabilidad por los otros. Esto le permite desarrollar un sentido moral muy temprano en la vida. Los niños altruistas tienden a ser avanzados en el razonamiento y son capaces de ponerse en el lugar de otros. También son relativamente activos y tienen auto-confianza.

Alucinación. (Psicoan.) Percepción sin objeto, no cambiable por la crítica lógica. Freud habla de alucinación alcohólica, auditiva, con ataques de angustia, hipnagógica (v. *Hipnagógico*), e histérica. / (Neuropsi.) Proceso en el que se generan imágenes visuales o percepciones auditivas en ausencia de estímulos externos. Las alucinaciones deben distinguirse de las ilusiones, en las que un estímulo extemo real es percibido o interpretado erróneamente. Su base biológica se explica por la disminución significativa del número de neuronas en el hipocampo anterior, la corteza entorrinal, la corteza prefrontal y el cíngulo. Así mismo, se han identificado alteraciones en la citoarquitectura (organización celular), particularmente en la corteza entorrinal, en el hipocampo y en el lóbulo de la ínsula. Las alucinaciones de la esquizofrenia corresponden a una actividad tálamo-cortical anormal, similar en mecanismo a la que ocurre normalmente

A

durante las ensoñaciones. La diferencia es que en los esquizofrénicos las alucinaciones se presentan en el estado de vigilia / Alucinación auditiva: implica la percepción de sonidos, más frecuentemente de voces. Algunos clínicos e investigadores no incluyen las experiencias que se perciben como originadas dentro de la cabeza y limitan el concepto de alucinaciones auditivas verdaderas a los sonidos cuyo origen sea percibido como externo. / **Alucinación gustativa**: implica la percepción de sabores (habitualmente desagradables). / **Alucinación hipnagógica**: uno de los síntomas de la narcolepsia (trastorno de sueño) (V. *Narcolepsia*). / **Alucinación olfativa**: implica la percepción de olores, por ejemplo, de goma quemada o pescado podrido. / **Alucinación somática**: implica la percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación de electricidad). Debe distinguirse una alucinación somática de ciertas sensaciones físicas nacidas de una enfermedad médica todavía no diagnosticada, de una preocupación hipocondriaca con sensaciones físicas normales y de una alucinación táctil. / **Alucinación táctil**: implica la percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de hormigueo (la sensación de que algo se mueve o repta bajo la piel). / **Alucinación visual**: implica ver imágenes estructuradas, por ejemplo, unas personas, imágenes informales, por ejemplo, destellos de luz. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales.

Alucinógenos. También llamados psicodislépticos, son sustancias capaces de provocar en el sujeto que las consume alteraciones de la percepción, como delirios y alucinaciones. Algunos de ellos (psilocibina, mescalina), son de origen natural, mientras que otros se elaboran de forma sintética en laboratorios clandestinos, como, el LSD 25 y la feniciclidina (PCP). Sus efectos varían en función del ánimo del consumidor, sus expectativas, el medio que le rodea, etc., y pueden ser absolutamente impredecibles.

Alzheimer, **enfermedad de.** Desorden degenerativo cerebral caracterizado por la pérdida progresiva de la memoria y el deterioro de las funciones cognitivas, del lenguaje y del juicio, que afectan generalmente la personalidad y las conductas de quienes las sufren. Los síntomas tempranos más prominentes son la pérdida de memoria, especialmente de eventos recientes, confusión, irritabilidad, fatiga, agitación, alteraciones del juicio, la concentración, la orientación y el habla. La pérdida de memoria es generalmente el trastorno fundamental de esta enfermedad, y es el primer síntoma reconocido por el paciente y/o el observador; sin embargo, las alteraciones en otras áreas cognitivas pueden manifestarse temprana o simultáneamente con la pérdida de la memoria y en ocasiones, alteraciones del lenguaje o de habilidades visoespaciales pueden ser el síntoma predominante. En relación con el lenguaje, las primeras disfunciones están relacionadas con las dificultades que tiene el paciente para encontrar o nominar una palabra, falla que da como resultado un lenguaje espontáneo lleno de circunloquios, vacío y en ocasiones poco comunicante. Las habilidades visoespaciales pueden también estar comprometidas: las personas con esta enfermedad suelen tener dificultades para ubicarse incluso en la propia casa, para manejar el espacio cotidiano de sitios muy conocidos o de rutas muy familiares. A medida que la enfermedad avanza, los síntomas se hacen más pronunciados e incapacitantes. Estos síntomas se deben a la degeneración, principal pero no exclusivamente de la corteza cerebral, caracterizada por la pérdida de conexiones sinápticas y muerte neuronal de causa desconocida

hasta el momento. Es el tipo de demencia más frecuente, y constituye la cuarta causa de muerte en las naciones industrializadas. Afecta entre 6 y 15% de las personas mayores de 65 años. / Desde el punto de vista genético, esta enfermedad es un trastorno poligénico; las mutaciones en el cromosoma 21 son responsables de 10 a 15% de los casos hereditarios de Alzheimer. Una de las primera terapias propuestas para los déficits cognitivos de esta enfermedad fueron las drogas colinérgicas, y aunque no se ha descubierto aún la cura, es útil la administración de medicamentos que disminuyan la agitación, alivien la depresión y ayuden a conciliar el sueño. Igualmente son de gran importancia las ayudas para ejercitar la memoria, la actividad física, y el apoyo social y emocional. / **Clasificaciones de la enfermedad**: 1) Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano: su inicio es a los 65 años o antes. La hay con delirio, con ideas delirantes, con estado de ánimo depresivo y no complicado (si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual) y 2) Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío: su inicio es después de los 65 años.

Ambiente. Espacio vital en el que se desarrolla el sujeto. Conjunto de estímulos que condicionan al individuo desde el momento mismo de su concepción.

Ambivalencia. (Psicoan.) Según Bleuler, es uno de los síntomas primarios y fundamentales de la esquizofrenia, debido a la invasión del proceso primario, caracterizado por la ausencia total de contradicción sin que el enfermo se percate de la incongruencia. Corresponde a la destrucción de la contradicción lógica. / Para Klein, es la descripción de un fenómeno evolutivo del desarrollo, que permite al niño comenzar a captar lo contradictorio y a estructurar los procesos de simbolización. Es un proceso de integración de lo bueno y lo malo en un solo objeto, fenómeno que constituye la puerta de entrada para lo que llama posición depresiva. / Conflicto motivacional que se produce cuando el sujeto es simultáneamente atraído y repelido por la misma meta o deseo.

Amenorrea. Suspensión del ciclo menstrual por tres períodos consecutivos o el no desarrollo el ciclo menstrual si se trata de una niña en etapa premenstrual (V. *Anorexia nerviosa*).

Amígdala. Región del cerebro. Es una de las principales estructuras que conforman el sistema límbico. Es un núcleo localizado en el lóbulo temporal. Parece ser la estructura del sistema límbico que participa en el mayor número de procesos biológicos. Se ha vinculado a la amígdala en particular con las respuestas agresivas y con la conducta sexual. También retiene el clima emocional que acompaña a los datos simples que almacena el hipocampo. Puede albergar recuerdos y repertorios de respuestas que efectuamos sin saber exactamente por qué lo hacemos; esto porque el atajo desde el tálamo hasta la amígdala evita completamente la neocorteza. Este desvío parece permitir que la amígdala sea un depósito de impresiones y recuerdos emocionales de los que nunca fuimos plenamente conscientes. Actúa entonces como depósito de la memoria emocional, y así tiene importancia por sí misma.

Aminoácidos. Compuestos que desempeñan muchas funciones en la química orgánica. Son empleados en muchos de los ciclos biológicos. Además, son los eslabones a partir de los cuales se forman todos los péptidos y proteínas.

Amnesia. Es una de las alteraciones más comunes de la memoria, caracterizada por la pérdida o debilidad notable de ésta. Existen dos tipos: **amnesia anterógrada**, que es la imposibilidad para asimilar nueva información; y **amnesia retrógrada**, referida a la incapacidad para

evocar hechos previamente almacenados. Muchas veces el defecto de memoria es parcial, y se encuentra más una dificultad que una imposibilidad para la consolidación o la evocación. Es común que la amnesia se acompañe de confabulación (rellenar los vacíos de la memoria con hechos ficticios o inexactos), de intrusiones (añadir recuerdos falsos a otros verdaderos) e interferencias (mezclar hechos ocurridos en circunstancias distintas). Sus causas más frecuentes en personas jóvenes son los traumatismos craneanos. En personas de mayor edad, las amnesias acompañan al síndrome de demencia, cuya causa más común es la enfermedad de Alzheimer. / **Amnesia disociativa**: trastorno disociativo caracterizado por uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica o neurológica. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. / **Amnesia funcional**: por oposición al síndrome amnésico, aquel tipo de amnesia que no tiene una etiología orgánica, siendo los factores emocionales los principales responsables de su ocurrencia. / **Amnesia transitoria**: también llamada blackout. En el caso del alcoholismo, designa la amnesia total o parcial para lo ocurrido mientras el individuo estaba ebrio.

Amniocentesis. Procedimiento médico prenatal en el cual se retira una muestra del líquido amniótico y es analizado para determinar si existe algún tipo de defecto genético; permite evaluar el desarrollo y bienestar del feto. El procedimiento usualmente se lleva a cabo entre la decimocuarta y decimosexta semana de gestación. Generalmente es recomendada a mujeres embarazadas si tienen más de 35 años de edad, si ellas o sus compañeros padecen enfermedades como Tay-Sachs o anemia, o si ellas o sus compañeros tienen una historia familiar de Síndrome de Down, espina bífida, problemas sanguíneos, o distrofia muscular.

Amor. Sentimiento afectivo intenso que se experimenta hacia otra persona, que puede ser o no del sexo opuesto. / Afecto y vínculo intenso hacia otra persona, basado en lazos personales o familiares, y en experiencias o intereses compartidos. / Freud define el amor como la relación del yo con sus fuentes de placer. Las fuentes de placer del yo pueden estar en su propio cuerpo, en sí mismo o en el objeto. Cuando las fuentes están en el propio cuerpo, se denomina autoerotismo. Una vez el cuerpo se constituye en yo y la libido se ubica en él, se habla de narcisismo. La libido que encuentra placer en el yo se llama narcisista. El narcisismo sería una forma del amor: el amor al yo. Cuando se comienza a reconocer al objeto como la fuente principal de placer del yo, la libido que busca complacerse en el vínculo con él se llama libido objetal. Ésta constituirá el amor más elevado, el amor por excelencia, el amor objetal, el que puede a su vez poseer diferentes matices, clases o formas. / **Amor bioquímico**: el amor, de manera general y en su primera fase, se manifiesta como una atracción que reúne una serie de características en las cuales intervienen cambios bioquímicos que provocan las típicas emociones del enamoramiento. Una sustancia en el cerebro denominada feniletilamina obliga la secreción de la dopamina o la norepinefrina, que por sus efectos se parecen a las anfetaminas que producen un estado de euforia natural cuando se está con la pareja. Su ausencia genera desasosiego y la sensación de que se está perdiendo algo si no se está al lado del ser querido. La segunda fase es que cuando se está

más tiempo al lado de la pareja, el sentimiento de amor entra en una segunda etapa bioquímica, segregándose en el cerebro endomorfinas y encefalinas que dan a la persona gran seguridad, calma y paz espiritual. Cuando se pierde a la pareja, sea por separación o muerte, se sufre intensamente y se disparan los niveles de angustia y de desesperación, fundamentalmente por la falta de estas endomorfinas. De hecho, se sufre en esos momentos un síndrome de abstinencia, distinto al de quienes consumen drogas, en el sentido de riesgo físico para el organismo, pero muy peligroso psicológicamente porque pueden llevar en algunos casos a patologías como la depresión profunda. / **Amor genético**: en la etapa inicial del amor actúan códigos genéticos que marcan las fases iniciales descritas. El imperativo genético de la ley de la conservación de las especies obliga a los animales machos a procurar sembrar su semilla en el mayor número de hembras que pueda. Por su parte, la hembra tratará de tener hijos en igual proporción. De acuerdo con este enfoque, en el ser humano esta ley también actúa. Por esta razón se disparan las sustancias cerebrales mencionadas que generan la atracción y el deseo de estar juntos. De no ser así, las parejas no tenderían a unirse. Significa entonces, que el amor surge como una necesidad de conservación de la especie humana. El fin último que persiguen el amor y la atracción sexual, en primera instancia, es el de procrear. Para los psicólogos evolutivos, el amor es un mecanismo evolutivo para mejorar los genes y para lograr la supervivencia de los más fuertes y capaces. La pasión es parte indispensable para la supervivencia de la especie y por estas razones la pasión baja cuando el objetivo final de procrear se ha logrado o ha fracasado. Si esta teoría es correcta tanto la mujer como el hombre, además de los objetivos sociales, tienen un mandato genético de conservar la especie que los impulsa a tener hijos. La naturaleza, para estimular esto, crea las sustancias cerebrales que producen la pasión y el deseo, además de premiar el acto sexual en sí mismo, con las sensaciones que en él se dan.

Analgesia. Insensibilidad al dolor, generalmente producida por un agente que calma el dolor sin causar pérdida del conocimiento.

Análisis de datos. Conjunto de transformaciones numéricas de los datos encaminado a lograr que éstos sean interpretables en relación con la hipótesis de investigación. En psicología tales transformaciones suelen ser de índole estadístico. El análisis de los datos se efectúa utilizando la matriz de datos. El tipo de análisis o pruebas estadísticas a realizar depende del nivel de medición de las variables, las hipótesis y el interés del investigador. / **Análisis de datos cualitativos**: aplicación de un conjunto de procedimientos que permiten manejar, seleccionar, valorar, sintetizar, estructurar, disponer la información, reflexionar sobre ella y realizar comprobaciones, con el fin de llegar a resultados relevantes en relación con lo que se evalúa. Busca identificar los elementos de significado, contenidos en un conjunto de datos cualitativos y establecer las relaciones que se dan dentro de ellos, construyendo una realidad. Para lograrlos, los datos son divididos en unidades significativas manteniendo su relación como un todo (círculo hermenéutico).

Análisis de la conducta. Exahustivo acercamiento experimental al estudio del comportamiento de los organismos. Sus objetivos primarios son el descubrimiento de los principios y leyes que gobiernan la conducta, la extensión de estos principios sobre las especies y el desarrollo de una tecnología aplicada. Edward K.Morris describe al análisis de conducta como una ciencia natural conformada por tres subdisciplinas: el **análisis experimental del comportamien-**

to, encargado de la Investigación básica y del descubrimiento de los procesos fundamentales del comportamiento; el **análisis comportamental aplicado**, que se encarga de la implementación de estos procesos comportamentales, tecnologías derivadas, y métodos de investigación para resolver los problemas de la sociedad; y el **análisis conceptual del comportamiento**, encargado de las investigaciones filosóficas, históricas, teoréticas y metodológicas.

Análisis de secuencia o de contingencia. Descripción de las conductas de un individuo y de los eventos que parecen anteceder y seguir a esos comportamientos. Se lo utiliza para proporcionar indicios acerca de las posibles propiedades funcionales de varias condiciones de estímulo.

Análisis documental. En la investigación cualitativa, es el análisis y examen de documentos secundarios, desde diferentes niveles y perspectivas.

Análisis factorial. Instrumento estadístico destinado a identificar grupos de ítems correlacionados entre sí en las pruebas psicológicas estandarizadas. Cada uno de estos grupos o conglomerados de ítems conexos se denomina un factor.

Análisis transaccional. De acuerdo con Kertesz, el Análisis Estructural y Transaccional ofrece una teoría sistemática, consistente de la dinámica de la personalidad social derivada de experiencias clínicas, y una forma de terapia activa y racional que, siendo adaptable y comprensible, es apropiada para la gran mayoría de los pacientes. Es también un método de trabajo que se aplica al estudio y modificación de la conducta. En este sentido constituye un enfoque racional de la conducta humana, habiendo demostrado ser una herramienta muy eficaz para producir cambios positivos en las comunicaciones intra-personales, interpersonales y grupales. El análisis transaccional se centra en considerar la conducta observable, la que se manifiesta aquí y ahora, por medio de lenguaje verbal y no-verbal; promover la responsabilidad propia del individuo sobre su conducta; usar un lenguaje comprensible, ameno y sugestivo para describir los estados del yo y los procesos psicológicos; y utilizar modelos explicativos de la conducta operativos y comprobables.

Analogía. Relación que se establece entre dos o más cosas en virtud de una o varias características en común. / En el contexto de la teoría general de sistemas, las analogías son similitudes superficiales entre fenómenos que no se corresponden ni en factores causales ni en las leyes pertinentes.

Andamiaje. Papel del padre o la madre en la estructuración progresiva de la interacción padres-hijos. Los padres proporcionan el marco de referencia o contexto alrededor del cual interactúan ellos y sus hijos.

Androginia. Posesión simultánea por parte de una persona tanto de los rasgos y comportamientos propios del hombre como de los propios de la mujer en un determinada sociedad.

Andropausia. Cese o disminución, a veces sólo temporal, de la actividad sexual en el hombre.

Anfetamina. Derivado químico y potente estimulante del sistema nervioso central. Disminuye el apetito y provoca un estado de bienestar subjetivo con retraso de la aparición de la fatiga. En dosis excesivas aparece inquietud, insomnio, irritabilidad y verborrea. Tienen un gran poder de adicción y crean una alta dependencia.

Angustia. Motor de la vida psíquica, definida como la sensación de expectativa dolorosa frente a peligros internos, desconocidos, pero cuya naturaleza se

presiente. / En el contexto de la primera teoría instintiva, es la consecuencia de la represión de la libido. Ésta busca su satisfacción, pero es represada; se descarga entonces como angustia, sea directamente, como en los síntomas de las neurosis de angustia o, indirectamente, a través de los mecanismos de defensa. Así pues, la libido detenida se transforma en angustia. En la segunda teoría, Freud hace consideraciones que parten del significado semántico de la palabra *angustià*, que viene de *angor*, estrechez. Muchas de las sensaciones físicas que acompañan a la angustia se relacionan con lo angosto, con lo estrecho: el ahogo, la sensación de opresión, la taquicardia, etc. Se habla en la segunda teoría de la **angustia señal**, que moviliza las defensas frente a la inminencia de un peligro interno, permitiendo al yo tomar precauciones sobre la base del principio del displacer-placer-realidad. Si la angustia señal se hace demasiado intensa desde el punto de vista económico, rebasa su papel protector, deviene vivencia traumática y se convierte en **angustia síntoma**. El paciente neurótico o psicótico, utiliza la angustia señal en forma masiva y global, que conduce a parálisis o a soluciones distorsionadas. / **Angustia de castración**: surge cuando el niño descubre que hay seres humanos carentes de pene; entonces la fantasía es de que el falo es inexistente porque el padre debió cortarlo por sentimientos similares a los que él mismo experimenta. Esta fantasía toma relevancia, se hace funcional y domina en forma terrorífica la vida del niño (V. *Edipo*). / **Angustia existencial**: es inherente al hombre, en cuanto es la resultante y la cristalización de las contradicciones que entraña la condición humana. Conduce al compromiso, a la inevitabilidad de la libertad y a la acción reflexiva. / **Angustia neurótica**: se caracteriza por su falta de funcionalidad y porque siempre está destinada a generar más angustia patológica. / **Trastorno de angustia**: se caracteriza por la presencia de crisis de angustia o ataques de pánico recurrentes e inesperados, seguidos de la aparición, durante un período mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones y consecuencias. La característica de estas crisis de angustia es la aparición súbita de síntomas de aprehensión, miedo pavoroso o terror, acompañado habitualmente por sensación de muerte inminente. Las crisis van acompañadas de manifestaciones físicas tales como falta de aliento, palpitaciones, taquicardia, sudoración, etc. / (Neuropsi) El *locus coeurelus*, un núcleo compacto localizado en el piso del IV ventrículo, juega un papel fundamental en la fisiopatología del trastorno de angustia, ya que se piensa que la función de este núcleo es modular los niveles de alerta y defensa, particularmente en situaciones de estrés. Se sabe también que la serotonina está implicada en las crisis de angustia.

Anhedonia. Pérdida de la capacidad de experimentar placer o interés.

Animismo. (Psi. cogn.) Tendencia a atribuir a los objetos y hechos físicos, es decir, a las entidades inanimadas, cualidades biológicas como la vida, o psicológicas como la conciencia, la intencionalidad, etc. Junto al realismo, al artificialismo y al finalismo, constituye uno de los tipos de tendencia intelectual que tiene su origen en la perspectiva egocéntrica del niño. Hace su aparición en el período preoperatorio. Según Piaget, el atributo de "ser vivo" está relacionado con la actividad y el movimiento, mientras que el atributo de "ser consciente" no se trata de una conciencia idéntica a la humana, pero sí es un mínimo de saber y de intencionalidad necesarios a las cosas para llevar a cabo sus acciones y, sobre todo, para moverse o dirigirse hacia los objetivos que tienen asignados. Las etapas del animismo son: 1) Al principio, casi cualquier objeto es potencialmente

capaz de conciencia, si están dadas las condiciones. Normalmente, una piedra no es considerada como tal, pero si se la golpea "lo va a sentir". Es vivo, en principio, todo objeto que ejerce una actividad, siendo ésta esencialmente relativa a la utilidad para el hombre (p.e. la lámpara que alumbra, la luna que brilla, etc.); 2) La capacidad para "ser consciente" es atribuída luego sólo a los objetos que muestran algún tipo de movimiento, cuya función específica es moverse, etc. Así, el viento o una bicicleta pueden sentir, pero no una piedra; 3) La capacidad de conciencia se restringe aún más: ahora pueden ser conscientes aquellos objetos capaces de movimiento espontáneo, es decir, que parecen moverse por sí mísmos, como el sol o el viento, pero ya no una bicicleta; y 4) por último, el niño atribuye conciencia solamente a las personas y a los animales. Cualquier niño puede oscilar entre una y otra de estas cuatro etapas a través del tiempo, esto es, puede mostrar ocasionales inversiones en los pasos enumerados.

Anomia. Incapacidad de la persona para nombrar objetos o reconocer sus nombres (V. *Afasia*).

Anorexia nerviosa. Trastorno del comportamiento alimenticio. Los criterios diagnósticos de la anorexia son: negarse a mantener el peso normal que le corresponde según su altura y edad, es decir, pesar menos del 85% de lo que debería pesar; amenorrea, suspensión del ciclo menstrual por tres períodos consecutivos o el no desarrollo el ciclo menstrual si se trata de una niña en etapa premenstrual; miedo intenso de ganar peso o engordar; negar frente a los demás estar muy delgada; permanentemente se siente gorda a pesar de su bajo peso; no darle importancia a su bajo peso; y no tener ninguna enfermedad física que sea motivo de su bajo peso. Debido al inmenso temor por ganar peso, estas personas dejan de comer, hacen mucho ejercicio e incluso recurren a purgantes o vómitos inducidos para no asimilar los alimentos ingeridos. Los individuos con anorexia concentran su vida en torno a la comida; son personas que viven ofuscadas por la comida, por la cantidad de calorías ingeridas, por su peso y por su físico. A pesar que la definición literal dice que la anorexia es una pérdida de apetito, a las personas con anorexia sí les da hambre. Ésta se manifiesta en dolores de cabeza, decaimiento o fatiga, entre otros, por igual en todas las personas. Sin embargo, para estas personas la palabra "hambre" no está asociada con los síntomas físicos del hambre. En ocasiones pueden presentar comorbilidad, es decir, pueden desarrollar otras enfermedades psiquiátricas al tiempo, como un trastorno de ansiedad o un trastorno afectivo. La autoestima de las personas anoréxicas es muy baja; el concepto que tienen de sí mismas depende mucho de la opinión de los demás, aunque llega un momento en el desarrollo de la enfermedad en el que comienzan a aislarse socialmente, pues sienten vergüenza de sí mismas y de su cuerpo. A medida que la enfermedad avanza, estas personas se tornan depresivas, irritables y muestran fluctuaciones drásticas en su estado de ánimo. Otros síntomas que pueden estar presentes (varios o todos ellos) son: estreñimiento, hinchazón en algunas partes del cuerpo, piel reseca y amarillenta o verduzca, hipotermia (temperatura corporal baja), manos y pies azulosos, debilidad, fatiga, pérdida considerable de cabello, depresión, fracturas frecuentes, ansiedad, adopción de drásticos regímenes de ejercicio, vestir ropa amplia o muy pegada al cuerpo, palidez, y formación de morados en la piel con facilidad. Las consecuencias físicas de la anorexia son: desórdenes en el funcionamiento regular de algunos órganos (p.e. riñones e hígado), complicaciones cardiovasculares severas (p.e. presión baja y ritmo cardíaco bajo), dolor abdominal, anemia, descalcificación de los dientes y problemas en el esmalte

dental causados por los ácidos gástricos del vómito, cabello delgado y opaco, lanugo (crecimiento de pelo delgado sobre toda el área del cuerpo como en los bebés), osteoporosis, amenorrea, problemas para dormir (principalmente insomnio), demora en la sanación de las heridas, desmayos y mareos. Las complicaciones médicas y los riesgos más frecuentes son: aumenta el riesgo de contraer infecciones; el metabolismo se vuelve más lento; el funcionamiento normal del cerebro puede afectarse; las alteraciones en el sistema cardiovascular pueden agudizarse tanto que evolucionan en arritmias e incluso en paros cardíacos debido al desbalance de electrolitos; se modifica severamente el funcionamiento normal en los sistemas gastrointestinal, neurológico, hematológico y endocrino; los dientes y los huesos sufren daños considerables debido a la descalcificación. / Los tipos de anorexia nerviosa son: **anorexia restrictiva**, que se presenta cuando la persona sólo deja de comer, a restringir dramáticamente la ingestión de alimentos; y **anorexia purgativa**, en la que la persona, además de limitar el consumo de alimentos, se purga con diuréticos, (enemas) lavados intestinales, laxantes o el vómito para que evitar que el organismo asimile adecuadamente los alimentos ingeridos y así poderlos eliminar rápidamente. / Las estadísticas muestran que: entre 90 y 95% de los casos de anorexia son mujeres; se presenta más en los adolescentes, aunque en los últimos años los casos en personas mayores han aumentado; realizar actividades donde el peso y la figura son importantes (p.e. ballet, modelaje, algunos deportes) no necesariamente hace más vulnerable a una persona para desarrollar un trastorno alimenticio; son más propensas las personas con personalidades obsesivas, compulsivas y adictivas; la enfermedad se manifiesta más en personas con un historial de sobrepeso real o percibido; las personas que constantemente están haciendo dieta suelen -aunque no siempre- desencadenar trastornos de la conducta alimenticia; son más vulnerables para evolucionar en una anorexia las personas que están viviendo una etapa emocional fuerte en su vida (V. *Bulimia* y *Trastornos del comportamiento alimenticio*).

Anorgasmia. También conocida como disfunción orgásmica, es una disfunción sexual caracterizada por la dificultad o imposibilidad de alcanzar el orgasmo, tras una fase de excitación normal, durante una actividad sexual que se considera adecuada en cuanto a tipo de estimulación, intensidad y duración.

Anormalidad. Criterio referido al conjunto de normas que designan las propiedades sobre cuya base una persona puede conceptuarse o categorizarse como psicopatológica: a) Criterio biológico: mantiene que la "enfermedad mental" se produce por una alteración del sistema nervioso; b) Criterio estadístico: determina la anormalidad en base a una desviación de la norma estadística (distribución normal); y c) Criterio social: es establecido por la normativa social que determina lo esperable (normal) y lo inadecuado (anormal) de la conducta. Se han referido varios tipos, tales como el consensual y el legal

Anosognosia. Incapacidad de una persona para ser consciente de una limitación o un defecto. Suelen presentarse cuando hay lesiones en el lóbulo parietal, así como en personas con esquizofrenia o demencia senil.

Anotación de campo. Usada en la investigación cualitativa como técnica de recolección de información, consiste en apuntes hechos durante el trabajo, muchas veces rápidos y abreviados, que sirven de apoyo a la memoria de los investigadores, y que buscan captar detalles de interés o aspectos que de otra manera quedarían fuera de cualquier registro

técnico. Estas anotaciones no siguen un plan establecido y en tal sentido son un trabajo abierto, que no se orienta por un principio y un fin, pues su función es auxiliar respecto del proyecto de investigación. No debe confundirse con el diario de campo. V. *Diario de campo*.

Anoxia. Ausencia de oxígeno en el nacimiento, que puede ocasionar daño cerebral.

Ansiedad. Sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes, caracterizada por el predominio de tensión física. Se manifiesta frente a cualquier amenaza percibida, sea esta físicamente real, psicológicamente molesta o incluso imaginaria. Científicamente, la ansiedad es conceptualizada como *respuesta de pelea o huida*. Es llamada así dado que todos sus efectos se dirigen hacia la pelea o la huida con respecto al peligro. Se manifiesta a través de tres canales: cognitivo (pensamientos, ideas), fisiológico (síntomas físicos como sudoración, mareo, aumento del ritmo cardiaco, etc.) y motor (acciones como la evitación, la huida, el escape). / (Psi. cogn. comp.) Patrón de comportamiento variable y complejo caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión acompañados de o asociados con activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos o externos. Puede ser evaluada mediante observación directa, tests, cuestionarios, auto-reportes o mediciones fisiológicas. Para el tratamiento de la ansiedad se utilizan el aprendizaje observacional, el modelamiento, el entrenamiento cognitivo, el entrenamiento en relajación, la desensibilización sistemática y la terapia de inundación. / Freud habla de las **ansiedades confusionales**, que se utilizan defensivamente para no experimentar y para negar situaciones que serían extremadamente dolorosas para el yo; de las ansiedades paranoides o persecutorias que se caracterizan por dos rasgos básicos: 1) La ansiedad es por el yo, sin que haya todavía preocupación por el objeto, y 2) Las relaciones objetales se hacen con objetos parciales, es decir, objetos totalmente buenos o totalmente malos, definidos en términos de lo que el niño percibe de ellos y que existen solamente gracias a su función. / (Psi. del desarrollo) **Ansiedad ante lo extraño**: fenómeno que usualmente ocurre durante la segunda mitad del primer año de vida, cuando el infante se vuelve cauteloso ante las personas y lugares que no conoce. / **Ansiedad de realidad**: es uno de los tres tipos de ansiedad propuesta por Freud, la cual puede llamarse en términos coloquiales como miedo. De hecho, Freud habló específicamente de la palabra miedo, pero sus traductores consideraron la palabra como muy mundana. / **Ansiedad moral**: es uno de los tres tipos de ansiedad propuesta por Freud y se refiere a lo que se siente cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado del Superyo. Es otra terminología para hablar de la culpa, vergüenza y el miedo al castigo. / **Ansiedad neurótica**: es uno de los tres tipos de ansiedad propuesta por Freud. Consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello. Es este el tipo de ansiedad que más interesó a Freud. / (Psi. del Desarrollo) **Ansiedad por separación**: trastorno de la infancia, niñez y adolescencia caracterizado por ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado. La persona siente un malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas y una preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño; hay además resistencia o negativa persistente a ir al colegio o a cualquier otro sitio por miedo a la separación, a estar en casa solo o sin las prin-

A

cipales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares, y a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa; se presentan pesadillas repetidas con temática de separación y quejas repetidas de síntomas físicos (p.e. cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación. / **Ansiedad objetiva** (o **angustia objetiva**): corresponde a los temores del niño, que tomados en el contexto del momento del desarrollo por el cual atraviesa, aparecen como lógicos y funcionales (V. *Edipo*). / **Ansiedad subjetiva** (o **angustia subjetiva**): terror frente a lo desconocido interno. / **Desórdenes de ansiedad**: existen tres grandes desórdenes de ansiedad: desorden de ansiedad generalizada, desorden de pánico y fobias. En el caso de los niños, existen también tres desórdenes de ansiedad: desorden de ansiedad por separación, desorden de evitación y desorden de preocupación generalizada (V. *Trastornos por ansiedad*). / (Psicoan.) Sinónimo de angustia, es una sensación de expectativa dolorosa frente a un "algo" desconocido, pero cuya naturaleza se presiente. A diferencia del miedo, que se refiere a un temor frente a situaciones externas y concretas, la ansiedad parece provenir del interior mismo del ser. Es la manifestación del perenne conflicto que implica la vida psicológica; este conflicto es permanente y su fluir constante, así como los mecanismos de su resolución, constituyen uno de los fundamentos básicos de la vía hacia la maduración o del camino hacia la patología. Se acompaña de un cortejo de manifestaciones somáticas: taquicardia, disnea, sudoración, sensación de vacío epigástrico, opresión en el pecho, vértigo, etc. / V. *Neurosis de angustia*.

Ansiógeno. Factor que genera ansiedad.

Ansiolítico. Fármaco que hace disminuir y desaparecer la ansiedad. / Medicamento *sedativo* cuyo efecto principal es disminuir o abolir la ansiedad, sin afectar en demasía las funciones psíquicas y motoras. También son llamados *tranquilizantes.*

Antidepresivos. Medicamentos utilizados para el tratamiento y la prevención de los estados depresivos. Dado que la depresión se asocia con una reducción en la disponibilidad de catecolaminas, principalmente de norepinefrina, así como con la deficiencia de la serotonina, los medicamentos creados para su manejo contienen sustancias que inhiben o bloquean la recaptura de serotonina, aumentando su disponibilidad en el espacio intersináptico. Entre estos fármacos se encuentran la fluoxetina (Prozac®), la paroxetina, la sertralina y la fluvoxamina. Estas sustancias tienen efectos antidepresivos muy bien documentados en la experiencia clínica, entre los que se cuentan la restauración del humor y del modo normal de sentir, pensar y actuar. Otros antidepresivos son los inhibidores de la MAO (monoaminoxidasa), los atípicos, y los tetracíclicos y tricíclicos. Estos últimos tienen muchas aplicaciones clínicas. Su uso en sujetos sin alteración afectiva no se acompaña de efecto estimulante. Independiente de su efecto antidepresivo, son ligeramente sedantes y tienen acción analgésica. Sus efectos secundarios, aunque no suelen ser graves, sí son relativamente frecuentes (sequedad de las mucosas, disminución de la frecuencia cardíaca, visión borrosa, estreñimiento, dificultad para orinar, entre otros). El más conocido es el Tryptanol® (amitriptilina).

Antipsicóticos. También conocidos como tranquilizantes mayores o neurolépticos. Medicamentos utilizados para el aminoramiento de las alucinaciones y los delirios de los esquizofrénicos. También normalizan el pensamiento desorganizado y el afecto inapropiado, es decir, los síntomas positivos de la esquizofrenia, que son los más evidentes en

los episodios agudos. Sin embargo, estos fármacos no son tan efectivos para aminorar el autismo, la abulia, la lentitud y el déficit de pensamiento, que son los síntomas "negativos" más aparentes entre los episodios agudos. Pueden tener varios efectos colaterales indeseables como movimientos anormales, trastornos del tono muscular, amenorrea y galactorrea, sedación y otros efectos autonómicos. Los principales antipsicóticos son la clorpromacina y sus derivados y análogos, que actúan bloqueando los receptores de dopamina (V. *Tranquilizantes*).

Antropomorfismo. Tendencia a atribuir características humanas a las plantas, animales u objetos.

Anulación. Como mecanismo de defensa, es la utilización de un pensamiento, una palabra o un acto con la intención de borrar (anular) otro que lo precedió y resulta inaceptable. Es característico del estilo de funcionamiento obsesivo, y está en la raíz de lo que llamamos pensamiento mágico (p.e. rituales como el lavado compulsivo de manos, siguiendo ciertas reglas fijas e inviolables que frecuentemente "anularían" un sentimiento interior de suciedad). / Operación defensiva donde el sujeto se esfuerza por hacer como si sus pensamientos, palabras o actos pasados no hayan ocurrido, utilizando para ello otro pensamiento o conducta opuesta que "anula" la primera. Es típica de la neurosis obsesiva, y se ve en los rituales obsesivos con dos tiempos: el primer acto es anulado por el segundo, es decir, se trata de una anulación retroactiva.

Apatía. Impasibilidad del ánimo. Estado en el que el sujeto permanece indiferente, y presenta una incapacidad para reaccionar ante situaciones que deberían suscitar emociones o intereses.

Apego. Vínculo que se desarrolla entre un niño y otra persona a raíz de una relación a largo plazo. Para John Bowlby, el apego es un proceso homeostático que regula la búsqueda de proximidad y contacto del infante, que mantiene comportamientos con uno o muy pocos individuos específicos, quienes le proporcionan seguridad física o psicológica. El desarrollo del sistema de apego de manera simultánea al inicio de la locomoción y la permanencia de objeto tiene sentido desde el punto de vista evolutivo ya que sirve para impedir que el infante se extravíe o vaya a explorar muy lejos de quien lo cuida y activa el comportamiento exploratorio bajo la presencia protectora de quien lo cuida. Este patrón de interacción entre el niño y su progenitor se conoce como "exploración desde una base segura". Según Mary Ainsworth, para activar o desactivar el sistema de apego efectiva y eficientemente, el niño debe desarrollar "modelos de trabajo interno" de la figura de apego y de sí mismo en interacción con la figura de apego. En la medida en que la madre continúe actuando de la misma manera, el modelo se mantiene. Pero si ella cambia su comportamiento sustancial y consistentemente, el bebé puede "corregir" el modelo, y la naturaleza del apego puede llegar a cambiar. La personalidad del bebé –la tendencia a abrazar, llorar o adaptarse a nuevas situaciones- también influye. El apego es afectado por lo que hacen la madre y el bebé, y por la manera como responden el uno al otro. / Ainsworth encontró tres patrones principales de apego: **estilo seguro**, y dos formas de apego ansioso e inseguro (en el que el niño tiene un miedo constante a la separación de una figura vinculada, protesta enormemente cuando se aleja y se aferra a ella de una manera excesiva): **estilo de evitación** y **estilo ambivalente** o **resistente**. Los bebés con un estilo seguro lloran o protestan cuando la madre abandona el sitio donde se encuentran, y la saludan alegremente cuando regresa. Estos bebés usan una base: se alejan de

la madre para ir a explorar, regresando de vez en cuando para sentirse seguros. Usualmente son bebés cooperativos y relativamente libres de ira. Se desempeñan mejor a la hora de cruzar espacios abiertos, y de alcanzar y sostener juguetes; se tropiezan y se caen menos. Esto se da probablemente porque, sabiendo que sus madres están cerca, pueden prestar más atención a lo que los rodea que aquellos bebés que están pendientes de sus madres. El estilo seguro crece cuando la madre es afectuosa, atenta y responsiva ante las señales del bebé. Los bebés con estilo de evitación raramente lloran cuando su madre se aleja, y la evitan cuando regresa. Estos bebés tienden a enfadarse fácilmente. No les gusta que los alcen o abracen, pero les disgusta aún más que los coloquen en el piso. Los bebés con estilo ambivalente o resistente se ponen bastante ansiosos aún antes que su madre se aleje, y se enfadan cuando ella se va. Cuando su madre regresa, muestran su ambivalencia buscando contacto con ella, y al mismo tiempo se resisten al contacto pateando o retorciéndose. Estos bebés exploran poco y es difícil complacerlos. Los bebés con un cuarto patrón, **desorganizado y desorientado**, usualmente muestran comportamientos inconsistentes y contradictorios. Saludan a su madre alegremente cuando regresa, pero luego se alejan o se acercan sin mirarla. Parecen confusos y temerosos y pueden representar el patrón menos seguro. / Las madres de los bebés con un estilo seguro son las más sensitivas a sus hijos; identifican con claridad las señales de sus bebés, de manera que saben cuándo alimentarlos, cuándo parar de hacerlo, etc. Así mismo, tienden con más frecuencia a tranquilizar a sus hijos cuando lloran, responden a sus sonidos, les hablan cuando ellos las miran y los sostienen más cerca de su cuerpo. Por otra parte, las madres de los bebés cuyo estilo es de evitación se molestan más fácilmente, tienen problemas para expresar sus sentimientos, y tienen menos contacto físico con sus bebés. / Los infantes influyen activamente en las personas que los cuidan. Cualquier actividad del bebé que conduzca a una respuesta por parte del adulto que lo cuida puede ser un comportamiento de apego: chupar, llorar, sonreír, aferrarse y mirar a los ojos al cuidador. A los ocho meses de vida, los bebés dirigen algunos de estos comportamientos más hacia sus madres que hacia otra(s) persona(s). La búsqueda de contacto es exitosa cuando la madre responde cariñosamente al bebé, expresando complacencia, brindándole contacto físico constante y permitiéndole al mismo tiempo explorar libremente. Estos bebés adquieren un sentido de las consecuencias de sus propias acciones, un sentimiento de confianza en su habilidad para obtener resultados. / Los niños que tienen una base segura no necesitan aferrarse a su madre. Su libertad para explorar les permite probar cosas nuevas, abordar los problemas de nuevas maneras, y sentirse más cómodos con lo que no les es familiar. Estos efectos pueden persistir durante años. A los dos años, los niños con apego seguro son más entusiastas, persistentes y cooperativos que los niños que tienen apego inseguro. Hacia los cinco años, son más curiosos, competitivos, se llevan mejor con otros niños, y son más independientes, buscando ayuda sólo cuando la necesitan. Por otra parte, los niños con problemas de apego suelen tener dificultades como ser inhibidos y ser hostiles con otros niños. / El **apego en los adultos** es la tendencia estable de un individuo de hacer esfuerzos sustanciales por buscar y mantener proximidad y contacto con uno o unos pocos individuos específicos que le proporcionan el potencial subjetivo de seguridad física y/o psicológica. Esta tendencia estable está regulada por modelos de trabajo interno de apego, los cuales son esquemas cognitivo-afectivo-motivacionales construidos a partir de la experiencia del

A

individuo en su mundo interpersonal. El apego en los adultos les proporciona el potencial para mantener la seguridad de la relación más que la relación en sí misma. Existen tres conceptualizaciones principales sobre el apego en los adultos: el apego como un síndrome basado en estados o conjunto de síntomas de aflicción que emergen cuando no hay acceso a la figura de apego; el apego como una tendencia a formar relaciones de apego de tipos particulares basada en rasgos y a responder a estas relaciones de modo similar; y el apego como un proceso interactivo entre dos personas en una relación actual.

Apercepción. Conciencia o conocimiento reflexivo de este estado interior. / Sentido de conciencia de sí mismo y conciencia reflexiva o conocimiento del estado interior, que en la persona producen las percepciones exteriores. / Para Leibniz, quien la considera desde el punto de vista psicológico, la apercepción es la percepción misma en su estado más perfecto de conocimiento reflexivo, que presta, mediante el trabajo y elaboración intelectuales, precisión y luz a la idea del yo y a la de los objetos percibidos. Para Kant, fiel a su idealismo crítico y subjetivo, desde el punto de vista lógico y ontológico o formal y real, la apercepción es el acto fundamental del pensamiento, la concepción primaria de las formas *a priori,* subjetivas e independientes de la sensibilidad.

Apnea del sueño. Es un trastorno del sueño, clasificado dentro del grupo de las disomnias. Consiste en que el individuo detiene la respiración por lapsos de más de 20 segundos durante el sueño. Una persona puede presentar numerosos, incluso cientos de episodios de apnea cada noche. Las apneas se clasifican en dos tipos principales: **apneas centrales**, debidas a alteraciones en el SNC. En niños pequeños puede ocasionar el denominado "síndrome de muerte súbita del lactante"; y **apneas periféricas** u **obstructivas**, que se deben a la obstrucción de las vías respiratorias. El individuo hace esfuerzos para respirar, pero no logra vencer la obstrucción. Los factores de riesgo para la apnea del sueño son: roncar, consumo del alcohol, sobrepeso y alteraciones del maxilar inferior, principalmente.

Apoplejía. También llamada ataque cerebral, ocurre cuando las arterias que van al cerebro se obstruyen o se rompen. Cuando el cerebro no recibe el suministro de oxígeno que necesita, las células cerebrales empiezan a morir. Un ataque cerebral puede producir parálisis, incapacidad para hablar o entender, y otras condiciones debidas al daño cerebral.

Apoyo social. Existencia o cantidad de relaciones sociales en general o de un tipo particular. Las relaciones sociales con las que cuenta un determinado individuo contribuirán a su ausencia de aislamiento y, consecuentemente, a una adecuada integración social. Las características de del apoyo social son: 1) Multidimensionalidad: incluye aspectos como la proximidad emocional o intimidad, la discusión de problemas personales, la guía cognitiva, el refuerzo social y la socialización; 2) Procedencia del apoyo; 3) Dirección del apoyo; y 4) Percepción de apoyo. Entre los instrumentos que evalúan el apoyo social se encuentran: el *Cuestionario de Apoyo Social (NSSQ)* de Norbeck, Lindsey y Carrieri; la *Escala de Relaciones Sociales (SRS)* de McEarlane, Neale, Norman, Roy y Streiner; el *Inventario de Recursos Sociales en Ancianos* de Díaz Veiga; la *Entrevista de Apoyo Social (ASSIS)* de Barrera y col.; la *Escala de Apoyo Social Percibido de Amigos (PSS-Fr) y de Familia (PSS-Fa)* de Procidano y Heller; y el *Inventario de Conductas Proveedoras de Apoyo Social (ISSB)* de Barrera, Sandler y Ramsay.

Apraxia. Pérdida de la capacidad de llevar a cabo ciertas acciones motoras voluntarias. / Inhabilidad para realizar actos

motores, movimientos o habilidades aprendidas a pesar de tener un sistema motor y sensorial intactos, buena comprensión y toda la cooperación por parte del paciente.

Aprendizaje. Es un cambio relativamente permanente en el comportamiento, que resulta de la experiencia. El aprendizaje como adquisición no hereditaria en el intercambio con el medio es un fenómeno incomprensible sin su vinculación a la dinámica del desarrollo humano. Las estructuras iniciales condicionan el aprendizaje. Éste provoca la modificación y transformación de las estructuras que al mismo tiempo, una vez modificadas, permiten la realización de nuevos aprendizajes de mayor riqueza y complejidad. Los seres humanos nacemos con la capacidad de aprender, pero el aprendizaje sólo tiene lugar con la experiencia. Así, el aprendizaje es una forma de adaptación al entorno. Los tipos de aprendizaje son habituación y condicionamiento. La habituación es un proceso por el cual la exposición repetida a un estímulo particular (p.e. un sonido) resulta en una respuesta reducida a dicho estímulo (v. *Habituación*). Dado que la habituación implica un cambio en el comportamiento basado en la experiencia, esta es una forma simple de aprendizaje. Los bebés aprenden de otras maneras además de la habituación y el condicionamiento. Por ejemplo, aprenden observando e imitando modelos (v. *Imitación*). / (Neuropsi.) El aprendizaje natural afecta los circuitos neuronales; se modifican las dimensiones físicas (o químicas) en las sinapsis. / Ausubel plantea dos tipos de aprendizaje: **significativo**, que es la vinculación sustancial de las nuevas ideas y conceptos con el bagaje cognitivo del individuo; alude a cuerpos organizados de material significativo; y produce al tiempo la estructuración del conocimiento previo y la extensión de su potencialidad explicativa y operativa; y **mecánico** (repetitivo y memorístico). / **Aprendizaje cognitivo**: proceso activo por el que el sujeto modifica su conducta, dándole un carácter personal a lo aprendido. Es un aprendizaje de ideas, expectativas u otras entidades mentales complejas y no de vínculos de estímulo-respuesta o de hábitos mecánicos. / **Aprendizaje de evitación**: conducta por la que se intenta, mediante una acción preventiva, que cese un estímulo desagradable o doloroso, anunciado por una señal. / **Aprendizaje de huida**: conducta por la que un sujeto intenta, a través de una acción, que cese un estímulo desagradable o doloroso. / **Aprendizaje incidental**: se produce en forma no deliberada y sin esfuerzo. / **Aprendizaje latente**: modificación de la conducta que se produce sin que exista motivo aparente. No se manifiesta en el acto, sino que se deduce por conductas posteriores. / **Aprendizaje por observación**: aquel aprendizaje en el cual un organismo copia o imita la conducta de otro. También se denomina modelamiento (v. *Modelamiento*). / **Aprendizaje programado:** se denomina así a los materiales didácticos donde la información está dispuesta en una secuencia tal que las etapas previas proporcionen la información necesaria para contestar las preguntas formuladas durante las etapas siguientes, o donde el estudiante debe contestar preguntas a continuación de cada etapa importante del programa. El material programado puede usarse en máquinas de enseñar o en textos programados. Si la secuencia es fija, el programa se llama "programa lineal"; si el estudiante que comete errores es orientado hacia el material correctivo -y posiblemente hacia un subprograma más fácil-, se denomina "programa ramificado". / **Aprendizaje verbal**: se produce cuando el contenido adquirido por el sujeto consiste en palabras, sílabas sin sentido o conceptos. / **Aprendizaje vicario**: aprendizaje obtenido por medio de la observación de las experiencias ajenas, o de la imi-

tación de la conducta de otros. También denominado aprendizaje observacional, modelado o aprendizaje social.

Aprosexia. Término utilizado para designar el grado más intenso de distractibilidad y la ausencia completa de atención. Está en la agenesia mental, estados de coma, y estados estuporosos profundos y graves.

Aptitud. Capacidad de aprovechar toda enseñanza, capacitación o experiencia en un determinado ámbito de desempeño.

Área de Broca. Denominada así por el cirujano francés Paul Broca, quien fue el primero en describirla en 1861, es una sección del cerebro humano ubicada en el lóbulo frontal, involucrada tanto en el procesamiento del lenguaje (p.e. habla expresiva), como en su producción y comprensión; su función es traducir el conocimiento de un lenguaje en palabras y oraciones comprensibles. Contiene el área motora del habla y controla los movimientos de la lengua, los labios y las cuerdas vocales.

Área de Wernicke. Denominada así por Carl Wernicke, quien fue el primero en describirla en 1874, es una zona del cerebro crucial para la comprensión y formulación de un lenguaje proposicional y coherente, esto es, el procesamiento semántico. Está asociada con algunas funciones de memoria, especialmente la memoria a corto plazo involucrada en el reconocimiento y producción del habla, así como algunas funciones de la escucha. Las personas que sufren alguna lesión esta área (afasia de Wernicke o afasia fluente), son incapaces de producir frases con significado; esto es, su habla tiene estructura gramatical pero no tiene significado alguno. También es frecuente que se presente un cuadro de anomia (dificultad para encontrar las palabras adecuadas).

Área sensitiva primaria o **S1.** V. *Lóbulo parietal*.

Arquetipo. Según Jung, los arquetipos o imágenes primordiales son formas o imágenes colectivas que se dan en toda la tierra como elementos constitutivos de los mitos y, al mismo tiempo, como productos autóctonos e individuales de origen inconsciente. Son patrones de formación de símbolos que se repiten a lo largo de la historia y las culturas, en la humanidad entera, y a través de ellos buscan expresión las energías psíquicas. Los arquetipos en sí mismos son inaccesibles: los llegamos a conocer, y nunca totalmente, porque se materializan en símbolos concretos. Su carácter primordial no alude solo a que son muy antiguas en la historia del hombre, sino que pueden generarse en cualquier otro período histórico, incluso en el actual. Los arquetipos no son ideas innatas heredadas tal cual, sino formas, tendencias, patrones que subyacen a la formación de símbolos.

Artificialismo. Creencia infantil según la cual las cosas han sido construidas por el hombre, o por una actividad divina análoga a la forma de fabricación humana. Esta artificialización de las cosas naturales es, junto al realismo, al animismo y al finalismo, una de las tendencias intelectuales del niño fundadas en su perspectiva egocéntrica, y comienza a aparecer en el período preoperatorio. / Tendencia a considerar los fenómenos físicos como productos de la creación humana, a creer que todos los objetos y hechos del mundo que nos rodean fueron hechos por hombres con propósitos específicos, antropocéntricos. En el origen de esta tendencia hay una indiferenciación entre el yo y el mundo, resultante a su vez de la perspectiva egocéntrica del niño.

Ascetismo. (Psicoan.) Uno de los dos mecanismos de defensa considerados por Anna Freud como característicos de la

adolescencia. Es similar a la represión pero, a diferencia de ésta, que tiende a ser más o menos selectiva, arrasa con la sexualidad entera, y en tanto que la represión es relativamente estable, los episodios de ascetismo fluctúan constantemente, con desbordamientos instintivos.

Asertividad. Expresión de los pensamientos, sentimientos y creencias de manera directa, honesta y apropiada, respetando los derechos de las demás personas. Una persona puede no ser asertiva por una serie de razones: 1) Porque no sabe qué decir. A algunas personas no asertivas les falta información con respecto a qué decir en situaciones que requieren cierta fuerza expresiva; 2) La persona puede no saber cómo comportarse asertivamente. Puede no asumir el tono y volumen de voz, fluidez verbal, expresión facial y contacto visual, y la postura corporal necesarias para la asertividad; 3) La persona puede temer que algo desagradable o incómodo ocurra por ser asertiva; y 4) La persona puede no sentir que es apropiado o correcto ser asertiva. Esto porque los sistemas de valores de algunas personas no motivan la asertividad.

Asimilación. (Psi. cogn.) Es, junto a la acomodación, uno de los dos pasos de la adaptación, que a su vez constituye, junto a la organización y el equilibrio, el proceso de desarrollo cognitivo. Es un proceso de integración e incorporación de nueva información a una estructura cognitiva existente (V. *Adaptación*).

Asociación libre. Es la regla fundamental para el paciente en psicoanálisis. Al analizado se le solicita que durante el transcurso de las sesiones explicite lo que siente y piensa, sin censurarlo, y sin que importe que le parezca absurdo, agresivo, banal o le produzca vergüenza o dolor. Con ésta y sus rupturas se disminuyen los intentos de restricción voluntaria, y se modifica el interjuego de fuerzas entre la primera y censura y la segunda.

Astenia. Ausencia de energía; debilidad orgánica.

Ataque de pánico. V. *Crisis de angustia*.

Ataxia. Pérdida parcial o completa de la coordinación del movimiento muscular voluntario.

Atemporalidad. V. *Proceso primario*.

Atención. Sistema que permite la selección entre los estímulos internos y externos, de aquellos que demandan procesamiento ulterior. Frecuentemente la atención se manifiesta de manera evidente en el comportamiento, por ejemplo, en las reacciones de orientación, los gestos faciales, posturas, movimientos oculares o variación en el diámetro pupilar. De hecho, el papel de la atención es fundamental en la adquisición y ejecución de habilidades motoras complejas, y es el aspecto de la conciencia que mejor puede ser analizado en relación con el comportamiento motor no verbal. Así, la atención es un proceso en el tiempo que puede ser descrito por varias operaciones particulares: el desligamiento del foco actual, el movimiento a la nueva locación y la ocupación en el nuevo blanco. Los mecanismos de selección deben funcionar acoplados a sistemas de filtración y encasillamiento de la información. A su vez, la filtración requiere de mecanismos excitatorios e inhibitorios. Aparte de sus factores operativos, la atención requiere de una noción de esfuerzo y otra de selección. Ambas remiten a una duplicidad entre un mecanismo de procesamiento y otro de control; al respecto, se ha encontrado que existen dos tipos de atención: uno rápido, inconsciente, automático y pasivo asociado a las reacciones de orientación, y el otro más lento, consciente, controlado y activo asociado a factores cognitivos. Se trata de un sistema flexi-

A

ble y adaptable influido decisivamente por el contexto y por factores afectivos. / En cuanto a su cobertura, la atención puede estar **focalizada** o abrirse de manera **panorámica**. Esta propiedad de lente zoom consiste en la capacidad de usar el foco de la atención de manera puntual, o de manera amplia. En cuanto a su dirección, puede ser **dirigida** o **apuntada**, cuando se coloca centrífugamente en un objeto, o a la inversa, puede ser **reflexiva**, **especular** o **receptora**, y acontece cuando al sujeto le surge ("le llama la atención) o permite que algún objeto del campo resalte sobre el campo de representación. Finalmente, en cuanto a su intensidad o esfuerzo, la atención puede ser **tenue** o **intensa**. Es claro que estos tipos no son estados puros, sino que existe un continuo entre cada par y una mezcla posible entre ellos. / Entre los **patrones maladaptativos** de la atención se encuentran: 1) Atención selectiva: ignorar los estímulos de ejecución relevantes. Ocurre cuando las señales ambientales, a pesar de ser adecuadas, no se atienden; 2) Percepción errónea: sucede cuando se presta atención a los estímulos, pero éstos son clasificados inadecuadamente; 3) Focalización maladaptativa: el sujeto tiende ante estímulos externos irrelevantes o nocivos para actuar; es frecuente que se presente junto la inatención selectiva; y 4) Autoactivación maladaptativa: implica la generación de estímulos privados que o bien son irrelevantes o producen detrimento en la ejecución.

Atetosis. Es un tipo de alteración del sistema extrapiramidal (movimientos anormales). Consiste en movimientos que son descritos como "sinuosos" o "reptantes" de la porción distal de las extremidades.

Atribución. En psicología social, tendencia a inferir las motivaciones, rasgos, intenciones y capacidades de otras personas basándonos en la observación de su conducta. Una tendencia más o menos automática de buscar explicaciones para las acciones ajenas. Las atribuciones pueden hacerse con respecto a creencias (p.e. soy depresivo porque...), comportamientos (p.e. siempre me equivoco porque...), afectos (p.e. estoy contento porque...), estados o experiencias subjetivas (p.e. tengo alucinaciones porque...), etc. Las funciones de las atribuciones son: 1) Suministrar explicaciones deterministas sobre las otras personas; 2) Permitir el hacer predicciones sobre las otras personas y tornar controlable el vínculo con el otro; 3) Proteger las propias creencias que sobre sí misma tiene cada persona, en la medida en que atribuye sus propios éxitos a una causalidad interna y no al azar; y 4) Ayudar a las personas a modelar sus propios comportamientos influyendo sobre estos. / Hewstone describe tres funciones básicas de la atribución causal: control, autoestima y autopresentación. La función de control se refiere a la posibilidad de poder controlar conductas atribuyéndolas a un factor interno. Esta autoinculpación permite evitar que el acontecimiento desagradable (p.e. enfermedad o accidente) vuelva a ocurrir. La función de autoestima se refiere al hecho de que en general, las atribuciones son internas en lo referente a éxitos, y externas en lo referente a los fracasos. En cuanto a la función de autopresentación, el individuo puede controlar potencialmente la visión que otros tienen de él, comunicando atribuciones planeadas para ganarse la aprobación pública y evitar toda turbación.

Autismo. (Psicoan.) Constituye una forma específica de retraerse, de alejarse del mundo, de poner en marcha los procesos de involución. También se refiere a una modalidad de construcción de pensamiento que presenta semejanzas formales con la que se encuentra en el juego de los niños, en los sueños, en la creación artística o en los pueblos primitivos, pero su expresión más característica y patológica se halla en la esqui-

zofrenia. Se distingue por el predominio totalizante del componente subjetivo (proceso primario). Es un pensamiento en el cual se pierde la distancia entre el deseo, el temor y la acción. Se pierde también la simbolización, o los símbolos habituales son reemplazados por otros muy arcaicos; así mismo, se dota de características vitales a lo inanimado (animismo). / **Autismo infantil precoz**: entre sus características se encuentran la incapacidad para relacionarse con la madre, el padre, otros niños u otros adultos significativos; aislamiento y retraimiento; lenguaje muy empobrecido (aunque muchos presentan mutismo congénito); calidad repetitiva de las frases; necesidad de organización de su mundo de manera rígida y estereotipada, con tendencia a acciones repetitivas que parecen esenciales para la conservación de su medio ambiente; imposibilidad de defenderse de los peligros; relaciones muy intensas con objetos inanimados, particularmente de forma circular, que les permiten ejercer poder y control. El bebé no carga, no catectiza la figura de la madre. / (Psi. del desarrollo) Es un raro desorden de desarrollo (se presenta en 3 de cada 10.000 personas) que implica la incapacidad de comunicarse o responder a otras personas. Se desarrolla dentro de los primeros dos años de vida, algunas veces incluso en el cuarto mes. El niño no gatea, no establece contacto visual con sus cuidadores, no establece apego evidente con sus cuidadores y difícilmente aprende a hablar, utilizando un repertorio de vocabulario reducido. Las investigaciones muestran que el cerebro de una persona autista no se encuentra totalmente desarrollado y que la interferencia con el desarrollo parece ocurrir ya sea durante la vida prenatal temprana o durante el primer o segundo año de nacido.

Autoafirmación. Característica de la conducta que se singulariza por un comportamiento social positivo, que apunta a defender un derecho a alcanzar una meta.

Autoayuda. Técnicas de recuperación o tratamiento que son practicadas sin la ayuda de un doctor o terapeuta.

Autoconcepto. Reflejo de las percepciones de sí mismo acerca de cómo es visto por los demás; es una especie de reflejo de la vida social del individuo. Se nutre de la percepción que personas significativas del entorno social tienen sobre uno mismo. / Representación de una realidad multidimensional en la que unas dimensiones adquieren más valor que otras. Está organizado según unos esquemas que actúan como mecanismos selectivos de la información. El concepto que tenemos de nosotros mismos proviene de la interacción social con los otros. Aun así, la correlación existente entre el concepto que tenemos de nosotros mismos y el concepto que tienen los demás sobre nosotros es realmente débil. Esto debido a que existe una distorsión sistemática de la evaluación que los otros hacen de nosotros. La necesidad de asegurar su integración social puede llevar al sujeto a presentaciones de su imagen que le conduzcan a pautas de comportamiento no saludables. / El autoconcepto se desarrolla a través de tres etapas: 1) Auto-reconocimiento físico: a los dieciocho meses, la mayoría de los bebés se reconoce en un espejo; 2) Auto-descripción: entre los diecinueve y los treinta meses, los bebés usan descripciones neutrales o evaluativas sobre sí mismos, lo que indica que ya han desarrollado un concepto de sí mismos como seres físicos diferentes; y 3) Respuestas emocionales frente a lo que está mal: algunas veces, los niños se muestran molestos por la desaprobación por parte de uno de los padres, y dejan de hacer algo que se supone no deben hacer, por lo menos mientras son observados. Esto señala el comienzo de la comprensión moral, y un temprano "sentido de conciencia".

Autoconciencia. Capacidad definida por Locke, que constituye la posibilidad del ser humano de darse cuenta; de observar los contenidos de la propia mente. El estado de reflexión por medio del cual la conciencia es capaz de observar sus contenidos se basa en la atención voluntaria y el proceso de introspección. En referencia a este proceso, Karl Jaspers distingue tres estadios: la autoobservación cuando la persona advierte sus procesos mentales, la autocomprensión cuando interpreta lo que le ocurre, y manifestarse a sí mismo como la revelación y contemplación de lo que en realidad es. Es sólo en este estado que se puede hablar de atención controlada y de voluntad en el sentido estricto; se trata de un estado que ocurre de vez en cuando en la vigilia. / William James se refiere al término introspección, definiéndolo como un estado de desapego de los contenidos mentales, de tal manera que un observador interior puede presenciarlos en tanto fluyen. / Para analistas como Howe y Rosenthal, la autoconciencia es un proceso, sin duda más abarcativo o de mayor jerarquía que el mero percatarse, consistente en la operación de un monitor o autoescrutador. / Plantea Mead, en el marco del Interaccionismo Simbólico, que cada ser humano actúa en relación con su ambiente y en relación consigo mismo, como un objeto más, es decir es capaz de objetivarse a sí mismo; se torna en sujeto y objeto de su propio conocimiento. Esto implica que la acción total hacia el objeto sobre el que se centra la atención incluye como una parte de esta actuación una reacción hacia el individuo mismo. Si esto se logra, el *sí mismo* como un objeto llega a ser una parte del individuo que actúa, esto es, el individuo ha conseguido lo que se llama autoconciencia.

Autocontrol. (Psi. cogn.-comp.) Conceptualizado como un proceso mediante el cual una persona se convierte en el agente primario en la dirección y regulación de aquellos aspectos de su comportamiento, que conduce a resultados y/o consecuencias comportamentales específicos y planificados. / Capacidad de una persona de ajustar lo que hace a lo que es socialmente aceptado. / V. *Terapia de autocontrol*.

Autoerotismo. (Psicoan.) Es una fase inicial del desarrollo psicosexual de la personalidad, anobjetal (sin objetos), y en la cual no hay una organización yoica. El niño existe en un estado de confusión, una fusión y una falta de discriminación con el mundo. El mundo y la unidad biopsicológica primitiva son una misma y única cosa (V. *Identificación*).

Autoestima. Autoimagen o autoevaluación positiva, que surge cuando se compara el *sí mismo real* con el *sí mismo ideal*. A partir de esto, la persona se juzga a sí misma de acuerdo con los estándares y expectativas sociales que ha incorporado a su autoconcepto. La autoestima, en cuanto que está parcialmente basada en sentimientos de autoeficacia, tiene mucho que ver con el logro de objetivos y con la forma de reaccionar a las dificultades o fracasos; las personas de autoestima alta trabajan más arduamente, tienen mayores logros y se arredran menos ante los fracasos que los de baja autoestima, aunque a veces persisten inútilmente en tareas irresolubles. Por su parte, la autoestima narcisista e inflada puede llevar a la violencia, cuando el sujeto trata de impedir la retroalimentación descalificadora que amenaza su imagen personal, eliminando violentamente la fuente de información.

Autoimagen. Según Allport, es una de las siete funciones del *Self* (uno mismo). Es "el reflejo de mí"; aquel que los demás ven. Esta es la impresión que la persona proyecta en los demás, su "tipo", su estima social o estatus, incluyendo su identidad sexual. Es el principio de la conciencia; del Yo Ideal y de la "persona".

Automatismo. (Neuropsi.) Conducta motora simple (movimientos de masticación, marcha o tendencia a arreglarse la ropa, por ejemplo), durante la cual el individuo tiene amnesia, y un estado de conciencia alterada que se conoce como de ensoñación, muy característico del síndrome del lóbulo temporal (V. *Síndrome del lóbulo temporal*).

Automedicación. Tomar cualquier substancia sin la guía de un doctor para aliviar cualquier condición médica o psicológica.

Automonitoreo. V. *Auto-registro*.

Autonomía. Facultad de gobernarse por sus propias leyes. / Condición del individuo o entidad que no depende de nadie bajo ciertos conceptos. / Capacidad del hombre de autogobernarse, determinando su propia conducta. / Condición del individuo o entidad que de nadie depende en ciertos conceptos. / El hecho de estar dos sistemas regidos por sus propias leyes. / Según Allport, la autonomía funcional se refiere a que los motivos individuales actuales son independientes (autónomos) de sus orígenes. No importa, por ejemplo, por qué una persona quiso convertirse en médico; la cuestión es que ésa es la manera de ser que esa persona tiene ahora. La autonomía funcional se presenta de dos formas: 1) **Autonomía funcional perseverante**: se refiere esencialmente a los hábitos (conductas que ya no sirven para sus propósitos originales, pero que aún se mantienen). Por ejemplo, los rituales sociales tipo decir "salud" cuando alguien estornuda tuvo su razón en un tiempo (durante la plaga, el estornudo era de lejos, un signo más serio de lo que es hoy en día), pero aún continúa porque tiene que ver con una forma de educación; y 2) **Autonomía funcional apropiada**: es algo más dirigida al *self* que los hábitos. Los valores constituyen el ejemplo más común. / (Psi. Soc.) **Principio de autonomía del grupo**: capacidad de los grupos organizados de la comunidad y de todos aquellos miembros de la misma que deseen participar, de decidir, organizar y realizar acciones con una orientación democrática, empleando sus capacidades, recursos materiales y espirituales y potencialidades, así como aquellos recursos provenientes de fuera que puedan y deseen obtener.

Autopsia. Examen post mortem para determinar la causa de la muerte.

Autorrealización. Tendencia innata a desarrollar al máximo los propios talentos y potenciales, que contribuyen a obtener un sentimiento de satisfacción hacia uno mismo por parte del individuo.

Auto-observación. Mecanismo en que el individuo reflexiona sobre sus propios pensamientos, sentimientos, motivaciones y comportamientos, y actúa de acuerdo con ellos.

Autorreferencia. Operación lógica por la cual una operación se toma a sí misma como objeto.

Auto-registro. También denominado automonitoreo, consiste en que la persona, por medio de un instrumento evaluativo, registra su propia conducta. Este tipo de registro surge como una interesante alternativa a la tecnología de evaluación, dado que hay conductas que son muy difíciles de registrar en situaciones análogas dentro del consultorio. Un instrumento de autoevaluación, el terapeuta y el cliente pueden identificar de manera conjunta las conductas meta que se desea modificar; una vez que se han identificado estas conductas, el automonitoreo puede servir proporcionando datos que sirvan como una medida dependiente en casos clínicos o proyectos de investigación evaluando la eficacia de un programa de intervención. Uno de los factores que debe de tomarse en cuenta en el caso del automonitoreo es la reactividad. En casi to-

das las formas de evaluación existe cierta reactividad; sin embargo, la forma de evaluación que más reactividad produce es el automonitoreo. Esta alta reactividad resulta lógica, ya que es el individuo quien registra su propia conducta; por esto, se da cuenta de si ocurre o no su conducta y con qué frecuencia. Es decir, existe una retroalimentación inmediata que puede inhibir o desinhibir la conducta. Las variables que afectan la reactividad del automonitoreo son: 1) Motivación: se refiere a qué tan motivado se encuentra un sujeto con respecto al cambio conductual, lo que afecta la reactividad; 2) Valencia: también afecta la reactividad, dependiendo de si la conducta a registrar es considerada como positiva o negativa (p.e. se puede registrar el número de cigarrillos consumidos en un día -valencia negativa- o el número de veces que se logró controlar la conducta de fumar -valencia positiva-. Las conductas evaluadas positivamente tienden a incrementarse en su frecuencia durante el automonitoreo, mientras que las conductas evaluadas negativamente tienden a disminuir); 3) Instrucciones del evaluador: las demandas del evaluador pueden afectar la dirección del cambio conductual durante el automonitoreo; 4) Naturaleza de la conducta: se refiere a si la conducta es verbal o no verbal, motora, etc.; 5) Metas, reforzamiento y retroalimentación: dependiendo de estas tres variables se produce el cambio de conducta durante el automonitoreo; 6) Tiempo: la conducta auto-registrada tiene la propiedad de poder observarse antes, durante y después de la ocurrencia. El momento en que se registre determina gran parte de la reactividad. Existe mayor reactividad cuando el registro se hace antes que ocurra la conducta, y la menor reactividad se da cuando el registro se hace después de dicha ocurrencia; 7) Naturaleza del instrumento: el instrumento de evaluación puede ser inoportuno para la ejecución de la conducta a registrar; y 8) Programación del automonitoreo: la conducta puede ser registrada cada vez que ocurre, o cada dos veces, etc. Esta programación agrupa la ocurrencia de la conducta antes de ser registrada por lo que también afecta la reactividad.

Autorregulación. Control del propio comportamiento para ajustarse a las expectativas y patrones sociales, que se desarrolla hacia los tres años de edad. Esto implica mayor flexibilidad, pensamiento consciente, y la capacidad para esperar gratificación. El surgimiento de la autorregulación es paralelo al surgimiento de la conciencia cognitiva. Los niños continuamente absorben información sobre las clases de comportamiento que sus padres aprueban. Los padres son las personas más importantes en la vida de los niños pequeños, y aquellos cuya aprobación les importa más que cualquier otra cosa. A medida que los niños procesan, almacenan y actúan con respecto a esta información, va teniendo lugar un cambio de control externo a uno interno. Según Bandura, es la piedra angular de la personalidad humana.

Avolición. Incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin y persistir en ellas. Cuando es suficientemente grave para ser considerada patológica, la avolición es generalizada e impide que el sujeto complete distintos tipos de actividades (p. e. trabajo, tareas intelectuales, autocuidado).

B

Barbitúricos. Fármacos cuyo mecanismo de acción consiste en reducir el flujo de sodio y potasio a través de la membrana neuronal, y potenciar así las sinapsis inhibitorias. Su principal efecto secundario es la inhibición de los reflejos respiratorios, que lleva a complicaciones fatales en casos de sobredosis (V. *Tranquilizantes*).

Batería de test. Conjunto de tests que sirven para medir determinados aspectos de la psicología de un sujeto.

Benzodiacepinas. Medicamentos ansiolíticos e hipnóticos usados en psiquiatría. Las hay de vida corta como el oxacepán, de vida intermedia como el bromacepán, y de vida larga como el diacepán. Constituyen el grupo de psicofármacos legales de mayor volumen de ventas en el mundo entero. Son compuestos adictivos, de uso particularmente frecuente en mujeres de edad mediana. Como ansiolíticos para episodios agudos son excelentes; su uso crónico, sin embargo, tiene serios inconvenientes. Además de su capacidad adictiva, producen tolerancia (se requieren dosis cada vez mayores). No inducen un sueño normal, por lo que la persona mantiene un cierto grado de deprivación de sueño de la cual no es claramente consciente. Su uso prolongado se asocia con la depresión, que a su vez produce ansiedad, estableciéndose un círculo vicioso (V. *Tranquilizantes*).

Bioética. Una de las éticas profesionales, que tiene como objeto el estudio sistemático de todos los problemas éticos de las ciencias de la vida, incluyendo la vida en su aspecto psíquico. Es un saber institucionalizado mediante un complejo registro multidisciplinario. Se ocupa de reflexionar sobre temas como la eutanasia, el aborto, los enfermos terminales, la clonación, el suicidio, los métodos de investigación, buscando acuerdos entre el discurso académico y el sentido común de los usuarios. Como disciplina autónoma se basa en los principios de justicia, no maleficencia, beneficencia y autonomía. La bioética abre un campo de trabajo polémico entre reglamentos, protocolos, normas de bioseguridad y la deontología profesional. Es una disciplina vital ligada a la ética tradicional, pero independiente de la misma por su ámbito de aplicación específico incentivado por la libertad de hecho y de derecho de los actores.

Biofeedback. V. *Biorretroalimentación*.

Biorretroalimentación. Técnica que, a través del uso de instrumentación sensitiva, provee a la persona información exacta e inmediata con respecto a la actividad muscular, ondas cerebrales, temperatura corporal, frecuencia cardíaca, presión sanguínea y otras funciones corporales. Se asume que una persona puede alcanzar un gran control voluntario sobre estos fenómenos si sabe de manera inmediata, a través de una señal auditiva o visual, si una actividad somática está incrementada o disminuida. Así, la biorretroalimentación ayuda a las personas a ganar cierto control sobre unos u otros estados mentales-corporales. Esta técnica es usada en una gran variedad de problemáticas como la ansiedad, el dolor y la migraña, aunque sólo tiene efectos específicos en la distracción, relajación y la inserción de un cierto sentido de control en la persona. Las clases de biorretroalimentación son: por EMG, térmica (o por la temperatu-

B

ra cutánea), alfa, y del latido de arteria temporal (vasculatura extracraneal).

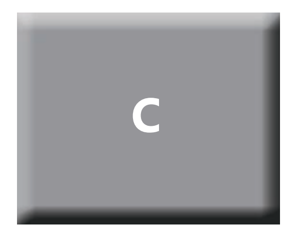
Biotipo. Tipo biológico caracterizado por la constancia de ciertos caracteres físicos y psíquicos. / Conjunto de los rasgos morfológicos de un organismo. / Característica fisiológica o anatómica particular de un organismo adaptado a un tipo de ambiente específico, distintivo de su especie.

Bloqueo afectivo. Incapacidad para expresar afectos o emociones, caracterizada a veces por un estado de estupor.

Bulimia nerviosa. Trastorno del comportamiento alimenticio en el que se presentan la restricción de alimentos, atracones y actos compensatorios. Los criterios diagnósticos son: episodios recurrentes de atracones; episodios de compensación después de los atracones para evitar ganar peso; realizar el ciclo atracón-compensación dos veces por semana, durante tres meses; preocuparse en exceso por la apariencia del cuerpo y su peso; y no tener anorexia nerviosa. Existen tres etapas en la bulimia: la restricción, la sobrealimentación o atracón y la compensación. El atracón es comer grandes cantidades de alimentos (comer más de lo que una persona en condiciones normales comería en el mismo lapso de tiempo) con una sensación de "pérdida de control", donde no hay una sensación de placer asociada y que se lleva a cabo en un período de más o menos dos horas. Usualmente las circunstancias que pueden disparar un atracón son: estados de ánimo negativos, estrés, hambre y sentimientos negativos con respecto a su cuerpo. La restricción es abstenerse de comer. Por lo general los bulímicos son personas que constantemente están tratando de bajar peso. Esto quiere decir que en algún momento del ciclo están restringiendo la comida que ingieren. Pasado el atracón, la persona comienza a sentirse culpable y busca la manera de compensar la ingesta desproporcionada de alimentos. Por eso se llama "compensación" a la tercera etapa del ciclo. Las formas más comunes de compensar son la purga por medio de laxantes, enemas o diuréticos, el vómito inducido o el ejercicio compulsivo. A diferencia de los anoréxicos, los bulímicos son más conscientes de sus acciones. Saben que su comportamiento con la comida está mal, lo que les genera mucha vergüenza. Los bulímicos se distinguen de los anoréxicos porque tienen un control diferente sobre los alimentos. Los anoréxicos se disponen a no comer y, efectivamente, no comen. El control que logran es tan radical que pueden llegar a morir de hambre. Por el contrario, las personas con bulimia no tienen ese tipo de control. Ellas inician el ciclo con una dieta o una restricción. En un momento dado sienten muchos deseos de comer lo que no están comiendo y deciden que tienen que comer. Entonces rompen la dieta o la restricción y empiezan a comer, sintiendo que no pueden parar de hacerlo. Así se desarrolla el ciclo. Los individuos con bulimia sólo logran hacer dieta por unas horas o a veces algunos días y, al igual que los anoréxicos, tampoco pueden rotular en su cabeza cuándo están llenos o cuándo tienen hambre: las palabras "hambre" y "saciedad" no están asociadas con los síntomas físicos de cada una. A diferencia de los anoréxicos, no se puede reconocer a un bulímico por su aspecto físico. Por lo general mantienen su peso o se encuentran con algo de sobrepeso. No tienen la apariencia esquelética que sí suelen tener las personas con anorexia. Tampoco se pueden identificar a las personas con bulimia por su manera de comer en público. Cuando deben comer frente a otras personas lo hacen normalmente. Llevan a cabo los atracones a solas y en secreto, con mucha vergüenza y culpa. Además de los síntomas ya descritos, hay otras señales que presentan los pacientes de bulimia nerviosa. Son: miedo terrible a no poder

dejar de comer; depresión; pensamientos críticos sobre sí mismos, vergüenza y culpa; dolores abdominales e hinchazón en el estómago; irregularidad en el ciclo menstrual en las mujeres; estreñimiento; descalcificación y problemas en los dientes (ocasionados por los ácidos gástricos del vómito); debilidad; heridas o cicatrices en la parte superior de las manos causadas por el roce con los dientes cuando se inducen el vómito; y la parte baja de las mejillas se ve hinchada, debido a la inflamación de las glándulas salivares. Las consecuencias físicas de la bulimia nerviosa son: deshidratación; desbalance del nivel normal de electrolitos en el cuerpo; úlceras en la garganta y el esófago; desórdenes en el sistema gastrointestinal, incluso puede presentarse una ruptura en el estómago; problemas dentales (descalcificación en los dientes); alteración del ritmo cardiaco por el abuso de sustancias para inducir el vómito; deficiencias en los niveles de vitaminas y minerales; y sinusitis y otras afecciones nasales. / Al igual que la anorexia, también existen dos **tipos de bulimia**: purgativa y no purgativa. En la **bulimia purgativa** los pacientes compensan haciendo uso de laxantes, enemas, diuréticos o induciendo el vómito. En la **bulimia no purgativa** las personas no compensan haciendo uso de purgantes, sino realizando ejercicio físico compulsivamente o restringiendo la comida más drásticamente de lo usual después de un atracón. / Las estadísticas muestran que: la bulimia nerviosa es mucho más frecuente que la anorexia nerviosa; al igual que la anorexia, la bulimia se presenta más frecuentemente en mujeres que en hombres; las personas más propensas a desarrollar la bulimia (sin afirmar que por pertenecer a estos grupos o tener determinados rasgos, se vaya a desarrollar la enfermedad) son: las mujeres adolescentes; bailarines, gimnastas, modelos y personas cuyas profesiones u oficios les exigen cuerpos hermosos o pesos determinados; y personas que han sufrido adicciones o con tendencias adictivas (V. *Trastornos del comportamiento alimenticio*).

Burnout. Reacción al estrés derivado del trabajo. Implica fatiga emocional, sentimientos de incapacidad de logros en el trabajo, y sensaciones de impotencia y pérdida de control. Es común en personas con profesiones u ocupaciones en las que se ayuda a otras personas (enseñanza, medicina, terapia, trabajo social, entre otras), actividades éstas caracterizadas por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. El *burnout* es usualmente una respuesta al estrés a largo plazo más que una crisis inmediata. El síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos: 1) Psicosomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.; 2) Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas; 3) Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos; y 4) En ambiente laboral: detrimento de la capacidad de trabajo detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes. Las medidas que parecen haber ayudado a trabajadores con *burnout* incluyen la disminución de horas de trabajo y aumento del tiempo de descanso. Otras estrategias de reducción del estrés como el ejercicio, la música, la relajación y la meditación, también pueden ser de gran ayuda.



Cafeína. Tónico estimulante del sistema nervioso central y del corazón. Intensifica la actividad cerebral, pero su abuso produce arritmia cardíaca, insomnio y cefaleas.

Calidad de vida. Juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o un sentimiento de bienestar personal; se encuentra estrechamente vinculado a determinados indicadores "objetivos" (biológicos, psicológicos, conductuales y sociales). Entre estas condiciones externas objetivas tienen un lugar variables socio-demográficas (p.e. ingresos, edad, sexo, nivel educativo, estatus de empleo y estatus marital y familiar), variables comportamentales; variables sociales (p.e. disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios educativos, comerciales, de transporte, de salud, etc. que existan en la oferta de la comunidad para la persona); y componentes como tipo de vivienda, confort y elementos sanitarios, seguridad de ocupación, costo del alojamiento, etc. / La calidad de vida de las personas enfermas es un concepto multidimensional compuesto al menos por los cinco dominios siguientes: 1) Estatus funcional, referido a la capacidad una gama de actividades que son comunes y usuales para la mayoría de las personas. Las cuatro categorías que se incluyen comúnmente son: autocuidado, movilidad, actividades físicas y actividades de rol; 2) Síntomas físicos relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento, de los que los mismos enfermos informan; 3) Funcionamiento psicológico (malestar psicológico, sobre todo ansiedad y depresión); 4) Funcionamiento social. El trastorno de las actividades sociales normales es bastante común en los enfermos crónicos; y 5) Evaluación global: dado que la calidad de vida es más que la suma de sus partes componentes, es útil incluir una evaluación global como suplemento de las medidas más específicas. Entre los instrumentos utilizados para evaluar la calidad de vida se encuentran el *Índice Spitzer de Calidad de Vida (ISCV)* de Spitzer y col. (1981) y el *Cuestionario de Calidad de Vida* del EORTC (1988).

Cambio. Proceso planificado y progresivo mediante el cual el sujeto puede alcanzar una adaptación activa a la realidad. El cambio se puede producir en todos los ámbitos, pero tiene su estructura organizada en lo social, que crea las condiciones necesarias para ello. / **Cambio social**: es el movimiento de re-creación permanente de la existencia colectiva.

Cambio de personalidad debido a una condición médica general. Se caracteriza por una alteración duradera de la personalidad que representa un cambio de las características previas del patrón de personalidad del sujeto. En los niños la alteración se expresa por una acusada desviación del desarrollo normal o por un cambio significativo en el patrón habitual del comportamiento del niño y que se mantiene como mínimo durante un año. Esta alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica y causa un malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Lo hay de tipo agresivo, apático, combinado, desinhibido, lábil, no especificado y paranoide.

Capacidad. Aptitud mental hipotética que permite a la mente humana actuar y

percibir de un modo que trasciende las leyes naturales.

Carácter. Tendencia hacia un tipo de comportamiento que manifiesta el individuo. Todos los elementos que integran el carácter se organizan en una unidad que se conoce como estabilidad y proporciona al carácter coherencia y cierto grado de uniformidad en sus manifestaciones, con los cambios lógicos que ocurren a lo largo de la vida. En él intervienen principalmente las funciones psíquicas, así como la acción del ambiente. A partir de esos elementos se desarrollan los factores individuales, que conforman el particular modo de reaccionar y enfrentar la vida que presenta una persona. Existe una relación indispensable entre cuerpo y mente; por ello, el carácter posee también una base biológica que depende de elementos orgánicos como la constitución física y el temperamento, que es la base biológica del carácter y esta determinado por los procesos fisiológicos y factores genéticos que inciden en las manifestaciones conductuales. / Las experiencias que el individuo va acumulando a lo largo de la vida contribuyen a forjar su personalidad o carácter como adulto. Freud creía que las experiencias traumáticas tenían un efecto especialmente fuerte en esta etapa. Indudablemente, cada trauma en particular podría tener su impacto específico en una persona, lo cual solo podía explorarse y comprenderse sobre una base individual. Pero, aquellos traumas asociados con los estadios de desarrollo por los que todos pasamos, tendrían mayor consistencia. Si una persona presenta algún tipo de dificultad en cualquiera de las tareas asociadas con estas etapas (el destete, el control de esfínteres o en la búsqueda de la identidad sexual) tenderá a retener ciertos hábitos infantiles o primitivos. A esto se le llama fijación. La fijación provoca que cada problema de una etapa específica se prolongue considerablemente en nuestro carácter o personalidad. / Tipos de carácter: 1) **Oral-pasivo**: tiende a depender mucho de los demás. Usualmente busca "gratificaciones orales" tales como comer, beber y fumar. Es como si estuviese buscando los placeres que se perdieron en la infancia; 2) **Oral agresiva**: estas personas retienen de por vida un deseo de morder cosas, como lápices, chicles, así como personas. Tienden a ser verbalmente agresivos, sarcásticos, irónicos y demás; 3) **Anal-expulsiva o anal-agresiva**: estas personas tienden a ser sensibles, desorganizadas y generosas ante una falta. Pueden ser crueles, destructivos y muy dados al vandalismo; y 4) **Anal-retentiva**: la persona es especialmente pulcra, perfeccionista y dictatorial.

Castigo. (Psi. cond.) Dentro del condicionamiento operante, es el proceso por el cual disminuye la frecuencia de una respuesta cuando ésta produce una consecuencia (estímulo aversivo o punitivo). En cierto sentido, se puede decir que el proceso de castigo es el reverso de refuerzo, ya que se está seleccionando una respuesta que no se debe presentar. Cuando la frecuencia de la respuesta disminuye como resultado de la presentación de un estímulo aversivo, se habla de **castigo positivo**, mientras que cuando su frecuencia disminuye como resultado de la supresión de un estímulo positivo, se habla de **castigo negativo**.

Catalepsia. Trastorno neurológico caracterizado por la pérdida completa de la facultad de modificar voluntariamente el tono muscular, permaneciendo el enfermo en la misma postura en que se le haya colocado durante un período prolongado de tiempo. / Alteración psicomotriz generalizada, que se caracteriza por una rigidez muscular (con flexibilidad cérea) y por la adopción de posturas corporales antinaturales (típica de estatua), que el sujeto mantiene, a pesar de su incomodidad, por mucho tiempo. Se produce en algunas formas de esqui-

zofrenia, por hipnosis, o por alteraciones del sistema nervioso.

Cataplejia. Uno de los síntomas de la narcolepsia (trastorno de sueño) (V. *Narcolepsia*). Episodios de pérdida bilateral súbita del tono muscular que provoca el colapso del individuo, a menudo en asociación con emociones intensas como risa, cólera, miedo o sorpresa.

Catarsis. (Psicoan.) Tiene una enorme importancia en la historia del psicoanálisis. Implica descarga y corresponde al recuerdo más o menos explosivo de una situación, acompañado de sus componentes afectivos. La catarsis y la abreación son básicas en el psicoanálisis y en cualquier tratamiento. Es obvio que proporciona al paciente posibilidades fundamentales de desahogo. En psicoanálisis, sin embargo, dista de ser suficiente, dado que, si bien descarga en algo el conflicto dinámico, éste se vuelve a cargar, a la manera de un dique se abre, permite la salida del agua que contiene para eventualmente, volverse a llenar. La descarga del conflicto por sí sola, no implica automáticamente la resolución de éste.

Catatonia. Síndrome psicomotor caracterizado por la pérdida de la iniciativa motriz, tensión muscular cataléptica, presencia de fenómenos paracinéticos (amaneramiento, estereotipia, impulsiones) y un estado mental negativista y de estupor. Son considerados síntomas catatónicos: la inmovilidad motora que puede manifestarse por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea) o por estupor; actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos); negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier tipo de órdenes, o mantenimiento de una postura rígida contra todo intento de ser movido); peculiaridades del movimiento voluntario que pueden manifestarse en la postura (adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos patentes o gesticulación exagerada; y ecolalia o ecopraxia.

Catecolaminas. Familia de las hormonas *monoaminas* y *neurotransmisores* involucrados en muchas funciones, entre ellas, el despertamiento autónomo, respuestas al estrés de pelea-fuga, y recompensa. Estas incluyen *dopamina*, *epinefrina* y *norepinefrina*.

Categoría. Concepto o idea que permite organizar nuestro conocimiento del mundo (p.e. el espacio, el tiempo, la sustancia, la causalidad).

Catexia. (Psicoan.) Carga de energía con la cual se revisten las situaciones y las relaciones objetales, sean éstas internas o externas. / Carga de energía con la cual se revisten las situaciones y las relaciones objetales, sean éstas internas o externas. **/** Según Berne, energía psíquica indispensable para el movimiento psíquico. Adicionó que ésta se presenta en tres formas: **catexia atada**, **desatada** y **libre**. La catexia es la misma; lo que cambia son los impulsos (que sufren interferencia de la historia de vida, situación fisiológica de la persona en el momento, expectativas y mecanismos de defensa, así como de estímulos externos a la persona), que determinarán en qué estado se encontrarán las catexias desatada y libre. Existe una suma de catexias atadas en cada estado del yo. Si a esta catexia atada se junta la desatada (determinada histórica e físicamente), aquel estado del yo tendrá el poder ejecutivo, el poder de actuación. Si las catexias desatada y libre están en el mismo estado del yo, la persona siente una sintonía que sería el *self* (que aglutina el ser, el estar y el hacer a través del deseo). / Proceso por el cual la energía libidinal disponible en la psique es vinculada a, o investida en la representación mental de una persona, idea o cosa.

Causalidad. (Psi. cogn.) Término piagetiano para el reconocimiento de que ciertos eventos causan otros eventos. La conciencia de la causalidad se desarrolla hacia los diez meses de vida, edad en la cual muchos bebés comienzan a hacer sus propios "experimentos": juegan con los interruptores de la luz y se deleitan encendiéndola y apagándola; sus juguetes favoritos son aquellos con los que pueden hacer algo: rodar, girar, dejar caer, hacer sonar. Con sus acciones, los niños de esta edad muestran la comprensión de que ellos pueden causar hechos. / V. *Correlación*. / Supuesto mecanicista según el cual los fenómenos del mundo mantienen entre sí vínculos de causa-efecto. Clásicamente, un fenómeno es causa cuando es condición necesaria y suficiente para que ocurra otro fenómeno, llamado efecto. / **Tipos de causalidad**: Von Bertalanffy menciona dos criterios distintos para clasificar los vínculos causales: 1) Según un primer criterio, la causalidad abarca dos tipos: lineal o unidireccional, y circular, aunque la distinción entre ambas parece no revestir mucha importancia para el autor. En efecto, las líneas causales dentro de un sistema de retroalimentación son lineales y unidireccionales. El esquema básico de retroalimentación (p.e. la regulación homeostática de la concentración de azúcar en la sangre) sigue siendo el clásico esquema estímulo-respuesta (E-R), sólo que el bucle de retroalimentación hace que la causalidad se convierta en circular; y 2) Según un segundo criterio, existe una causalidad de conservación y una causalidad de instigación. En la causalidad de conservación, la causa y el efecto son cuantitativamente proporcionales. En la causalidad por instigación, causas insignificantes que, actuando a modo de disparadores, detonantes o agentes instigadores, producen efectos considerables.

Celos. Desde la psicología evolutiva, los celos tienen una función particular y universal en la historia de la especie humana dado que permiten la construcción de relaciones monogámicas y fieles. Son emociones que funcionan como un mecanismo de defensa por medio del cual las personas garantizan la permanencia de su pareja y protegen la relación de actuales o potenciales intromisiones. La percepción, sensación o fantasía de que tal amenaza existe lleva a que la persona tome acciones encaminadas a eliminarla o disminuirla. Las medidas generadas a partir de los celos varían en un amplio rango que va desde ejercer vigilancia sobre la pareja buscando signos probables de que el otro ha establecido una relación paralela, hasta las demostraciones crudas de violencia. La rabia, tristeza y humillación, sensaciones también relacionadas con los celos, motivan un comportamiento que típicamente busca el alejamiento del tercero o la prevención de que la pareja abandone la actual relación. / B**owlby,** con su teoría del apego, postuló que en los seres humanos se conserva la tendencia a una figura de apego durante toda la vida. La madre, figura de apego inicial, puede ser sustituida por otra persona, por ejemplo, la pareja. Así, los celos son la emoción a través de la cual se hace manifiesta la ansiedad ante la posible pérdida de la figura de apego, que es la que proporciona seguridad psicológica. Los celos son entonces una reacción natural ante la posible pérdida de la pareja. Lo que determinará que los celos sean patológicos o normales es su intensidad y el hecho de que se deban a una causa justificada o infundada. Los celos como una reacción de alerta ante un bajón amoroso de cualquier miembro de la pareja, son saludables y constructivos. Las personas en exceso celosas, suelen tener baja autoestima e inseguridad. Además de tener reacciones emocionales negativas, tienen necesidades de estimación y demandas continuas de

aprobación. La persona celosa reclama un sacrificio, desea ser amado incondicionalmente, siendo incapaz de sacrificarse, puesto que suele ser demasiado egoísta y desconfiado. Por estas necesitadas de estimación, suelen demandar constante aprobación.

Células gliales. También llamado glía, es el otro tipo de célula del que está constituido el tejido nervioso, además de las neuronas. Carecen de axón y no son elementos esenciales para procesar directamente la información en el sistema nervioso. Tienen varias funciones vitales para el tejido nervioso: 1) Sirven como elementos de soporte para las neuronas, proveyendo el andamiaje sobre el que se sostienen éstas; 2) Regulan el microambiente químico en la vecindad inmediata de las neuronas, lo cual es esencial para el funcionamiento normal de éstas; 3) Algunas producen mielina, la cual funciona como una sustancia aislante alrededor de los axones, determinando la velocidad de conducción de éstos; y 4) Otras son parte del sistema de defensa y se movilizan hacia zonas del tejido nervioso lesionado o infectado.

Censura. (Psicoan.) Según Freud, parte de la psique que bloquea o enmascara las pulsiones prohibidas por el Superyo. Es una parte de la atención activa que se dedica a controlar y criticar, y que tiene el poder de interrumpir ciertos procesos, por ejemplo, el sueño. También habla de una función o instancia de observación de sí, que considera particularmente activa en mentes filosóficas, en el delirio de ser notado, en la conciencia moral, etc. Se detiene en el delirio de ser notado donde los pacientes son informados del imperio de esta instancia: se quejan de que alguien conoce todos sus pensamientos, observa y vigila sus acciones. Voces que les hablan en tercera persona les informan de la existencia de este poder que pone en tela de juicio todas sus intenciones, las significa y las critica. Esta instancia existe en todos en mayor o menor medida. / **Censura del sueño**: deformación que hace al sueño extraño e incomprensible al propio sujeto y que participa en la propia resistencia consciente e inconsciente al reconocimiento del deseo inconsciente que lo sustenta. En el sueño, la censura se afloja y favorece algunas de las características que lo convierten en una vía regia de acceso al inconsciente. En la asociación libre se tiene en cuenta la censura para solicitarle al analizante que trate de no obedecerla.

Centración. (Psi. cogn.) En la teoría piagetiana, es una limitación del pensamiento preoperacional que conduce al niño a enfocarse o centrarse en un solo aspecto de la situación, ignorando otros aspectos, y llevándolo a conclusiones ilógicas. En este estadio del pensamiento el niño no puede descentrarse, es decir, pensar simultáneamente sobre los diversos aspectos de una situación.

Cerebelo. Es uno de los tres sistemas en los que se divide el sistema motor. Se encarga de coordinar los movimientos, voluntarios o involuntarios, para que se realicen con precisión. Para lograr este resultado, el cerebelo hace las correcciones a las órdenes que proporciona el sistema piramidal basándose en la información sobre posición y movimiento que recibe constantemente de las terminaciones nerviosas de las articulaciones y los músculos de todas las partes del cuerpo. La acción del cerebelo es esencialmente inhibitoria; debe frenar los movimientos y dar las instrucciones para que éstos se detengan en el momento oportuno.

Cerebro. Es el órgano más característico del ser humano. Es una estructura que hace parte del encéfalo, junto al cerebelo y el tallo cerebral. Anatómicamente el cerebro es la parte más voluminosa del encéfalo y está dividido por un surco central llamado cisura longitudinal en los hemisferios derecho e izquierdo, a la

vez unidos por el cuerpo calloso. La superficie de cada hemisferio presenta un conjunto de pliegues que forman una serie de depresiones irregulares, son los surcos o cisuras. La disposición que adoptan estos surcos nunca es igual entre los cerebros de diferentes personas, y también adoptan disposiciones distintas en ambos lados de un mismo encéfalo. Cada hemisferio cerebral se divide en cinco lóbulos: el frontal, el parietal, el temporal, el occipital y la ínsula de Reil. En general, los cuatro primeros lóbulos se sitúan debajo de los huesos que llevan el mismo nombre. Así, el lóbulo frontal descansa en las profundidades del hueso frontal, el lóbulo parietal bajo el hueso parietal, el lóbulo temporal bajo el hueso temporal y el lóbulo occipital debajo de la región correspondiente a la protuberancia del occipital. La ínsula de Reil no puede verse en la superficie del encéfalo, ya que se sitúa en el fondo de otra cisura llamada cisura de Silvio. El cerebro contiene varios billones de células, de las que unos 100.000 millones de neuronas y posee casi 100 trillones de interconexiones en serie y en paralelo que proporcionan la base física que permite el funcionamiento cerebral. Gracias a los circuitos formados por las células nerviosas o neuronas, es capaz de procesar información sensorial procedente del mundo exterior y del propio cuerpo. El cerebro desempeña funciones sensoriales, funciones motoras y funciones de integración menos definidas asociadas con diversas actividades mentales. Algunos procesos que están controlados por el cerebro son la memoria, el lenguaje, la escritura y la respuesta emocional. El cerebro tiene a su cargo las funciones motoras, sensitivas y de integración. El hemisferio cerebral izquierdo está especializado en producir y comprender los sonidos del lenguaje, el control de los movimientos hábiles y los gestos con la mano derecha. El hemisferio derecho está especializado en la percepción de los sonidos no relacionados con el lenguaje (música, llanto, etc., en la percepción táctil y en la localización espacial de los objetos. El procesamiento de la información sensorial recogida del mundo que nos rodea y de nuestro propio cuerpo, las respuestas motrices y emocionales, el aprendizaje, la conciencia, la imaginación y la memoria son funciones que se realizan por circuitos formados por neuronas interrelacionadas a través de los contactos sinápticos.

Cesárea. Procedimiento quirúrgico para remover al bebé del útero. Se lleva a cabo cuando el trabajo de parto no está progresando tan rápido como debería, cuando el bebé parece tener alguna dificultad, o cuando la madre presenta sangrado vaginal. Usualmente la cesárea se necesita cuando, los pies del bebé están primero, cuando el bebé está en posición transversal (atravesado en el útero), o cuando la cabeza del bebé es demasiado grande para pasar a través de la pelvis de la madre.

Cibernética. Teoría de los sistemas de control basada en la transferencia de información entre sistema y medio circundante y, dentro del sistema, en el control del mismo por retroalimentación en consideración al medio. Su creador, Norbert Wiener, la dio a conocer en 1948. Creó la cibernética como una nueva disciplina para tratar una gran variedad de fenómenos de la naturaleza viviente y de los sistemas tecnológicos que utilizan concretamente el mecanismo de la retroalimentación. La teoría aspira a mostrar qué mecanismos retroalimentadores fundan el comportamiento teleológico o intencionado de las máquinas construidas por el hombre, así como el de los seres vivos y los sistemas sociales, para luego, con base en este conocimiento, poder controlar aquellas máquinas y esos seres vivos y sistemas sociales. Podría considerarse la cibernética como la ciencia del control por retroalimentación (o por *feedback*).

C

Ciclo de respuesta sexual. Esquema de activación, físiológica que se compone de cuatro etapas: 1) Excitación; 2) Meseta; 3) Orgasmo, y 4) Resolución.

Ciclotimia. Trastorno bipolar caracterizado por la presencia, durante al menos dos años, de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos y numerosos períodos de síntomas depresivos. En los niños y adolescentes la duración es de al menos un año. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica, y provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Ciclo vital. Forma de evolución de la existencia, desde el mismo nacimiento hasta la muerte. En él se distinguen principalmente tres grandes períodos: desarrollo, madurez e involución. El desarrollo va desde el nacimiento hasta la iniciación de la madurez, comprendiendo la infancia, la niñez, la adolescencia y la juventud. La madurez es un período de relativa estabilidad y plenitud vital; comprende desde el final de la juventud hasta el comienzo de la vejez. Por último, el período involutivo o vejez.

CIE. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud, llevada a cabo por la OMS con fines epidemiológicos y de investigación. Consiste en un sistema oficial de códigos y en una serie de documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación. Los códigos y los términos del DSM-IV son totalmente compatibles con los de la CIE-9-MC y la CIE-10.

Cierre. También denominado cerramiento, es un principio organizador innato de la percepción, según el cual las brechas que separan entre sí las sensaciones se "cierran" automáticamente a fin de conformar totalidades o configuraciones completas.

Cíngulo. Una de las estructuras que conforman el sistema límbico. Se dice que es el área primaria de las emociones; es fundamental para la respuesta conductual a la emoción. Esta respuesta incluye tanto el componente autónomo como la sensación subjetiva o la conducta motora.

Circularidad. En la teoría general de sistemas es, junto a la formulación de hipótesis y la neutralidad, uno de los tres principios que deben ser tenidos en cuenta para una correcta coordinación de la sesión de terapia familiar. Se refiere a la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación a partir de las retroalimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones acerca de las relaciones. Es la convicción de poder obtener de la familia -y proporcionarle a la misma- información auténtica. / Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A. Por ejemplo, las demandas de mayor intimidad de un miembro de una pareja pueden chocar con las reticencias del otro, hecho que aumenta las demandas del primero y así sucesivamente.

Clasificación multiaxial. V. *DSM*.

Claustrofobia . Fobia a los lugares cerrados o a sentirse atrapado. Puede ocurrir en ascensores, escaleras eléctricas, aviones, etc.

Cleptomanía. Trastorno del control de los impulsos caracterizado por la dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor económico; por una sensación de tensión creciente inmediatamente antes de cometer el robo; y bienestar, gratificación o liberación en el momento de cometer

el robo. Éste no se comete para expresar cólera o por venganza y no es en respuesta a una idea delirante o a una alucinación, y no se explica por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco o un trastorno antisocial de la personalidad.

Climaterio. Período de dos a cinco años durante el cual el cuerpo de una mujer sufre cambios fisiológicos que llevan a la menopausia. Durante el climaterio, el cuerpo de una mujer reduce su producción de estrógenos. Como resultado, la mujer usualmente menstrúa irregularmente, sangrando más o menos de lo usual, y con lapsos más cortos o más largos entre los ciclos (V. *Menopausia*).

Clivaje. Originalmente es un término de la química que designa, en los cristales, los distintos planos o zonas donde la unión de los átomos es más débil. Se trata entonces de zonas constituidas como posibles planos de ruptura o fractura. El término fue empleado en psicología para designar, por ejemplo, zonas de fractura o escisión del yo (en la teoría kleiniana), y también en psicología organizacional, para designar zonas de posible fractura dentro de una organización, como por ejemplo la zona que divide a directivos y personal subalterno.

Cocaína. Alcaloide natural que se obtiene de la planta de coca. Es uno de los psicoestimulantes más poderosos y adictivos que se conocen. Produce un aumento en la actividad locomotora, aumenta la sensación subjetiva de tener mucha energía e induce estados de intensa euforia. En dosis altas, puede producir síntomas psicóticos incluidos los delirios paranoides. Parece ser que el aumento de dopamina en las terminales, a consecuencia de la inhibición del mecanismo de recaptura, juega un papel fundamental en la extraordinaria conducta adictiva de este alcaloide, aunque ésta no es toda la explicación.

Cociente intelectual (**C. I.**). Número índice resultado de la división entre la edad medida por diferentes tests y la edad cronológica. Es una cifra indicadora del nivel de inteligencia que posee un individuo en relación con otros sujetos de su misma edad. El CI tiende a permanecer relativamente estable a lo largo del tiempo.

Codependencia. Este concepto, un tanto confuso, se creó para dar cuenta de las diversas perturbaciones emocionales que ocurrían en las parejas de personas con trastornos relacionados con sustancias. Aunque no se puede definir claramente un patrón de personalidad codependiente, sí existen ciertas características identificativas de estas personas: se obsesionan y preocupan más del trastorno relacionado con sustancias -generalmente alcoholismo y toxicomanías- que la propia persona que lo padece, con la consiguiente necesidad de control de su comportamiento; se descuidan o auto-anulan; tienen baja autoconfianza y autoestima; y se involucran continuamente en relaciones de pareja dañinas y abusivas.

Código. Sistema de convenciones explícitas y socializadas. Permite una interpretación compartida, establece una relación biunívoca entre significante y significado que comparten los sujetos en el proceso de creación de sentido. Establece correspondencias entre elementos de un sistema de significantes y un sistema de significados. / Sistema de significación que reúne entidades presentes y ausentes, significantes y significados, expresiones y contenidos. Constituye un sistema de convenciones socializadas.

Cognición. Valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. / Pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no. Según Beck, en el sistema de cogni-

C

ciones de las personas se pueden diferenciar: 1) **Sistema cognitivo maduro**: hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas con base en contrastación de hipótesis o verificación; y 2) **Sistema cognitivo primitivo**: esta organización cognitiva es la predominante en los trastornos psicopatológicos. Es una forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de egocentrismo y primeras etapas del desarrollo cognitivo (V. *Procesos cognitivos*). / **Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad**: deterioro de la actividad cognoscitiva, demostrado objetivamente, a consecuencia de la edad y que está dentro de los límites normales de esa edad. Los individuos con este déficit pueden tener problemas para recordar nombres o citas y experimentar dificultades para solucionar problemas complejos. Esta categoría sólo debe usarse tras haber determinado que el deterioro cognoscitivo no es atribuible a un trastorno mental específico o a una enfermedad neurológica.

Cohesión. Fuerza que mantiene a los individuos dentro del grupo impidiendo que lo abandonen; sentimiento de constituir un "nosotros". / Unión que existe entre los miembros de un grupo, que hace que las personas permanezcan integradas y el grupo no se disuelva. Es producto principalmente de dos fuerzas: 1) Lo atractivo de los objetivos y metas del grupo: las personas se sienten más unidas a grupos con metas y objetivos que les resultan atractivos, interesantes y motivantes, y tienden a permanecer integrados al menos hasta el logro de todos los objetivos y metas planteados; y 2) Lo atractivo de los miembros que lo constituyen: las personas permanecen unidas en grupos donde los demás miembros les resultan atractivos, ya sea porque les gusta y les atrae su personalidad o por sus comportamientos individuales y de grupo. / Fuerza que mantiene unidas las partes de un todo; es un campo de fuerzas que tiene por efecto mantener juntos a los miembros de un grupo y resistir contra las fuerzas de la disgregación. En cuanto a la multiplicidad y complejidad de las fuerzas de cohesión, se pueden distinguir factores extrínsecos e intrínsecos, así: 1) Extrínsecos: derivados del ambiente o entorno en que el grupo desarrolla su proceso e influyen sobre el grupo en grado variable; y 2) Intrínsecos: son propios del grupo como tal. Se pueden agrupar en dos categorías, según si la unión se crea por razones de orden afectivo (se definen por el atractivo que ejercerá el grupo; engloban ciertas motivaciones, emociones y urgencias comunes) o de orden operativo (factores de orden funcional que se refieren a la organización propia del grupo, al permitirle satisfacer sus expectativas y alcanzar sus metas).

Cohorte. V. *Estudios longitudinales*.

Comorbilidad. Ocurrencia al mismo tiempo de dos síndromes, trastornos, etc. (p. e. ansiedad y depresión).

Compensación. (Psicoan.) Corresponde a un grupo de mecanismos adaptativos inconscientes por medio de los cuales el yo desarrolla cualidades opuestas a deficiencias que pueden ser reales o fantaseadas, y que en verdad son siempre reales y fantaseadas, dado que no hay fantasía que no se apoye en un núcleo de realidad, por mínimo que sea, y no existe situación externa alguna que no se acompañe de algún tipo de fantasía. Ejemplos: el niño resarce el sentimiento de inferioridad que le produce el pene pequeño (representante en un momento dado de toda la personalidad), mediante fantasías en las cuales es un gigante, desprovisto de cualquier cosa parecida al temor y que despierta admiración y aún miedo en los adultos que lo rodean. Don Juan y Casanova, según anotan sus

biógrafos, en quienes por lo demás no se puede descartar un cierto componente envidioso, parecerían compensar temores a la impotencia y homosexualidad latentes. Así mismo, los grandes destructores de montañas tales como Gengis Kan, Alejandro Magno o Hitler pueden haber indemnizado sus componentes de subvaloración propia, sin que esto explique la totalidad de una biografía histórica compleja. En la psicosis, la compensación rebasa las capacidades del yo y se denomina, entonces, sobrecompensación. Ejemplo: el paciente hospitalizado niega lo triste de su condición, a veces mísera, mediante el sentirse, por ejemplo, un potentado. / V. *Conservación*.

Competencia. Propiedad formal de los sistemas según la cual sus elementos componentes procuran captar para sí los recursos disponibles a expensas o en detrimento de los otros componentes. La idea se vincula con expresiones tales como "lucha por la existencia" o "lucha entre partes".

Complacencia somática. (Psicoan.) Fenómeno por medio del cual la conversión (y, por extensión, cualquier fenómeno que recorra el camino de lo llamado psíquico a lo llamado somático) irrumpe en órganos, miembros o funciones frágiles, desde el punto de vista genético-constitucional, o más quebradizos por enfermedades orgánicas adquiridas. Así, por ejemplo, entre los múltiples motivos para que una paciente elija una ceguera histérica o una parálisis conversiva, habría que tener en cuenta la vulnerabilidad de la visión o la debilidad relativa de los miembros que se paralizan.

Complejo. (Psicoan.) Corresponde a conjuntos de ideas y afectos reprimidos, expulsados de la conciencia, asociados entre sí y que tienden a abrirse paso. Sin embargo, este acceso a la motricidad y a la percepción consciente está sellado por la represión y los contenidos se ven forzados a buscar otras vías indirectas de descarga. Los lapsus, los tics, los síntomas de enfermedad mental, las explosiones no justificadas de irritabilidad, lo que surge en los sueños o las somatizaciones son algunos de estos caminos alternos.

Complejo de Edipo. V. *Edipo*.

Complejo de Electra. Concepto propuesto por C.G. Jung, se refiere al amor de la niña hacia su padre, acompañado de hostilidad y celos hacia la madre; sería un equivalente en ella del Complejo de Edipo (Freud prefirió hablar del Complejo de Edipo femenino). Tiene su origen, según Freud, en la inevitable experiencia que toda niña sufre de la llamada envidia del pene, y es preciso que se supere para que, en la etapa genital y ya adulta, la mujer pueda dirigir adecuadamente su libido hacia el sexo opuesto.

Complejo de inferioridad. Complejo por el que un sujeto se siente constantemente inferior a los demás, aunque no exista causa alguna que justifique este sentimiento continuo.

Comportamiento. V. *Conducta*.

Compromiso. Para Klinger es un concepto polisémico, razón por la cual emite varias definiciones: es la decisión momentánea de alcanzar alguna meta en particular; es la intención, públicamente anunciada, de realizar un acto (Kier, 1971, en Klinger, 2000); es la fuerza en la intención de alcanzar una meta o la adhesión personal a su búsqueda; es la dedicación u obligación de un individuo con la vida o la sociedad mediante la consecución de metas significativas o compatibles socialmente. Para Montero es la conciencia y el sentimiento de responsabilidad y obligación respecto del trabajo y los objetivos de un grupo, comunidad, proyecto o causa, que conduce a la persona a acompañar, actuar y responder ante ellos por las acciones llevadas a cabo.

C

Compulsión Conducta repetitiva o acto mental que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas que se tienen que aplicar rígidamente, cuyo objetivo es evitar o reducir el malestar o algún objeto o situación temidos; sin embargo, estas conductas o actos mentales no están conectados de forma realista con lo que se intenta neutralizar o evitar, o son claramente excesivos. En algún momento durante el curso del trastorno la persona ha reconocido que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o poco razonables. / (Psicoan.) **Compulsión a la repetición**: es uno de los principios del suceder psíquico. Hay una tendencia repetitiva a la descarga sin que cuente el que esa descarga sea o no destructiva para el yo. La compulsión a la repetición se liga a la naturaleza conservadora de los instintos; a descargar donde siempre se ha descargado, a hacer reiterativamente lo que siempre se ha hecho.

Comunicación. Proceso por el cual las personas se transmiten información, ideas, actitudes y emociones. No puede decirse que la comunicación sólo tiene lugar cuando es intencional, consciente o eficaz, esto es, cuando se logra un entendimiento mutuo, puesto que toda conducta de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación. Según Bateson existen dos operaciones de la comunicación, conocidas como el aspecto referencial, referido a que un mensaje transmite información y, por ende, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje; y el aspecto conativo, que se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es y, por ende, a la relación entre los comunicantes. / Existen en la organización cuatro tipos de comunicaciones: 1) Instrumental: relativa a los procesos de creación de sentido en las actividades normales y rutinarias de transformación que dan sentido a la organización; 2) Mutativa: necesaria para los procesos de cambio y renovación; 3) Comunicación motivacional: dirigida a asegurar la cooperación de los integrantes en actividades tanto de rutina como de cambio; y 4) Simbólica: relativa a la institución y refuerzo del orden simbólico que la organización sustenta. / De acuerdo con la teoría comunicacional, en toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) y relacionales (nivel analógico). El nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación y el nivel analógico cualifica a cómo se ha de entender el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor.

Comunidad. Grupo en constante transformación y evolución (su tamaño puede variar), que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad social, tomando sus integrantes conciencia de sí como grupo, y fortaleciéndose como unidad y potencialidad social. Es, además, un grupo social histórico, que refleja una cultura preexistente al investigador; que posee una cierta organización, cuyos grados varían según el caso, con intereses y necesidades compartidos; que tiene su propia vida, en la cual concurre una pluralidad de vidas provenientes de sus miembros; que desarrolla formas de interrelación frecuentes marcadas por la acción, la afectividad, el conocimiento y la información.

Concepción. Proceso por el cual el esperma y el óvulo se fusionan para formar una única célula. Esta nueva célula es llamada cigoto. Una vez concebido, el cigoto se duplica a sí mismo una y otra vez mediante la división celular.

Concepto. Es una categorización, es decir, proceso del sistema cognitivo con el cual se reduce la complejidad y variabilidad del universo a una estructura conceptual limitada, que permite establecer equivalencias más simples entre objetos, sucesos o personas, que por su amplitud, son más complejos. Algunos tipos

de representaciones conceptuales, son: 1) Dimensiones: son atributos cuantitativos; lo que quiere decir que el estímulo posee la dimensión en un grado mayor o menor. Se refiere a fenómenos o circunstancias cuantificables –longitud, temperatura, inteligencia–; 2) Rasgos: atributos cualitativos que el estímulo posee o no. Tienen un carácter de todo o nada. Por ejemplo, un objeto es blanco o no lo es; un gato "tiene cuatro patas", "come ratones", "tiene pelo", "no vuela", etc.; 3) Proposiciones: representaciones reticulares –a modo de red– cuyos componentes son nodos conceptuales y escalas asociativas; y 4) Plantillas: en este tipo de representación el concepto no se describe como una colección de atributos, sino como un todo que guarda cierta analogía estructural con los objetos categorizados. Cuando un organismo recibe un estímulo lo compara con varias plantillas que almacenó previamente hasta que logra un emparejamiento correcto, que deriva en un reconocimiento positivo del concepto. / Se refiere a la idea que forma el entendimiento. Se trata de un pensamiento que es expresado mediante palabras; es, por lo tanto, una unidad cognitiva de significado. Nace como una idea abstracta (es una construcción mental) que permite comprender las experiencias surgidas a partir de la interacción con el entorno y que, finalmente, se verbaliza (se pone en palabras). La noción de concepto siempre aparece vinculada al contexto. La conceptualización se desarrolla con la interacción entre los sentidos, el lenguaje y los factores culturales. Conocer algo mediante la experiencia y transformar ese conocimiento en un concepto es posible por las referencias que se realizan sobre una cosa o una situación que es única e irrepetible.

Conciencia. Es el pináculo de la evolución del sistema nervioso. Es un proceso mental, es decir, neuronal, mediante el cual nos percatamos del yo y de su entorno en el dominio del tiempo y del espacio. Desde el punto de vista conductual se infiere su existencia por los siguientes observables, todos los cuales implican la capacidad de elección de una acción determinada: atención selectiva, manipulación de ideas abstractas, capacidad de expectativa o previsibilidad de situaciones futuras, advertencia de sí mismo y de los demás, y valores estéticos y éticos. Además, la conciencia varía en un mismo individuo, es farmacológicamente modificable, e implica fenómenos de percepción y memoria (la conciencia de algo existe siempre con respecto al tiempo). Se sabe también que es un estado intrínseco del cerebro que es independiente de la entrada sensorial, y que desaparece durante el sueño y reaparece durante las ensoñaciones. La conciencia de las ensoñaciones se caracteriza por ser un estado cerebral en el que existe deprivación sensorial. Los contenidos de estas experiencias conscientes son distintos a los de la vigilia, pero son, después de todo, estados conscientes. Vigilia y ensoñación son estados funcionales equivalentes del cerebro generados por las propiedades intrínsecas de las neuronas y de los circuitos neuronales tálamo-corticales. Cuando ensoñamos, los sistemas tálamo-corticales funcionan autónomamente como un sistema cerrado, sin ser modulados por la información sensorial, de tal manera que en los ensueños vemos, oímos y sentimos, debido a la actividad intrínseca cerebral no relacionada con el exterior. La vigilia es un estado funcional intrínseco del cerebro, similar al de las ensoñaciones (sueño paradójico), pero modulado por los sentidos. Dos componentes fisiológicos rigen la conducta consciente del ser humano: la capacidad y el contenido de la conciencia. Una actividad consciente normal requiere de la capacidad para la conciencia, también conocido como despertar, estrechamente vinculada a la vigilia. Las bases neurales de este componente se

encuentran en el sistema reticular activador ascendente (SRAA), que genera impulsos ascendentes activadores de la corteza cerebral, a partir del segmento protuberancial, del hipotálamo posterior y del tálamo. El cambio más discernible que ocurre con el despertar es la apertura de los ojos. El contenido de la conciencia representa la suma de las funciones mentales cognitivas, afectivas y otras funciones síquicas superiores y denota el conocimiento de la existencia de uno mismo y el reconocimiento de los mundos internos y externos. / **Caracteres fenomenológicos de la conciencia**: según James, son: 1) Temporalidad: la conciencia se desenvuelve en el tiempo; todos nos percatamos de que los fenómenos cambian y tienen duración; 2) Actividad o dinamismo: una de las características más notorias de la conciencia es que sus estados y contenidos son cambiantes, que tienen una dinámica propia según la cual surgen, se desarrollan y se esfuman en concordancia como el resto de las cosas del mundo que tienen un devenir. La conciencia nunca para, se encuentra siempre en una movilidad caracterizada tanto por el tránsito de un estado a otro como por una aparente continuidad que otorga cierta coherencia al devenir interno. Detrás de esa actividad aparente existe un cúmulo de tendencias y de información o vida psíquica no consciente. Además, la actividad consciente tiene una dirección, meta u objetivo que es la realización de la vida pos cauces específicos de acuerdo con las circunstancias. Para lograr este objetivo, la actividad de la conciencia manifiesta un carácter de trabajo por el cual la información se procesa, es decir, se analiza, codifica y transforma, regulada en gran medida por el sistema afectivo. Por ello buena parte de la experiencia consciente se dirige a fantasear y ensayar tareas no acabadas, lo cual ayuda a mantener una jerarquía de planes y rutinas para guiar la conducta; 3) Unidad y totalidad: la conciencia se refiere siempre a una situación total de la experiencia; es decir, se comporta como un conjunto unitario. La clasificación de estados y contenidos es adecuada sólo con fines analíticos; cada situación vital incluye varios de ellos en un flujo de estados, cada uno de los cuales se compone de contenidos singulares entrelazados por su sentido simbólico, 4) Intencionalidad y representación: una de las características más notorias de los estados conscientes es el hecho que siempre son acerca de algo, que tienen contenido. A esta característica se le llama *intencionalidad* y no hay que confundirla con la facultad volitiva de la mente; 5) *Qualia*: la cualidad de la experiencia visual difiere de la auditiva, de la olfativa o del dolor. Además, cada objeto de la experiencia está dotado de diversas cualidades intrínsecas. Estos modos de la experiencia son lo que los filósofos de la mente llaman *qualia*; 6) Subjetividad: existen dos perspectivas, que se pueden relatar en tercera y en primera persona, sobre la mente y la conducta humanas. En la primera somos objetos de observación y análisis por otros, y en la segunda experimentamos estados mentales. La conciencia puede ser expresada a partir de informes introspectivos en primera persona e inferida a partir de perspectivas en tercera persona por el análisis de los primeros; y 7) "Yo": el problema esencial de la subjetividad es la identificación de la conciencia con un agente, un "yo", un "ser" o cualquier otra instancia ejecutiva central individual con la que se identifican las personas. Ésa es la metáfora fundamental de la conciencia: el hecho que para hablar de ella sea necesario referirse a un "espacio" que correspondería al mundo y a un "ojo" que lo mira y que correspondería a un sujeto. / **Niveles de la conciencia**: el sueño corresponde a un primer nivel, en particular las ensoñaciones que ocurren, sin duda, en un estado de conciencia particular, usualmente desprovisto de atención; la vigilia habi-

tual es un segundo nivel, más inclusivo que la ensoñación, en el que opera una atención mecánica y un estado de percatarse. Con diferencias cualitativas importantes, es probable que compartamos este nivel, aunque no los contenidos y cualidades, con buena parte de los animales más encefalizados; el tercer nivel es probablemente privativo de los humanos y consiste en la capacidad de desdoblamiento de la conciencia de tal manera que es capaz de atender a los contenidos. La atención controlada y la introspección son los mecanismos que lo definen y ha sido llamada indistintamente reflexión, autoconciencia o visión interior. Esta capacidad, definida por John Locke, constituye la posibilidad de darnos cuenta que nos percatamos, de observar los contenidos de la propia mente; hay un cuarto nivel de conciencia más inclusivo que la autoconciencia. Son los estados llamados indistintamente experiencias "místicas" o "estados de éxtasis". / **Tareas adaptativas de la conciencia para el individuo**: una prospectiva, que permite elegir entre diversos cursos posibles de acción, una retrospectiva, que permite revisar y articular su pasado; una noética, que permite la edición y el conocimiento de los objetos actuales de la experiencia; y una comunicativa o dialógica, que le permite recibir y emitir información a su medio socioecológico a través de la conducta. / En el marco del conductismo, Skinner no niega los eventos privados. Distingue dos sentidos en que nos podemos referir a la conciencia que son: conciencia 1: capacidad de responder ante ciertos estímulos, y conciencia 2: capacidad de conducta auto-descriptiva. La conciencia 1 se refiere a estar bajo el control estimular de ciertos eventos (dentro o fuera del cuerpo). En este sentido, las especies no humanas y el hombre antes de adquirir la conducta verbal son conscientes (ven, oyen, sienten, etc.); alguien que se desmaya "pierde la conciencia", y una persona puede o no estar consciente de ciertos estímulos. La conciencia 2 se refiere a la capacidad de conducta auto-descriptiva, la posibilidad de describir verbalmente los propios estímulos y respuestas. La comunidad verbal pregunta al individuo sobre su conducta (p.e. ¿qué estás haciendo?, ¿ves eso?, ¿qué vas a hacer?) y brinda las contingencias para la conducta auto-descriptiva que es lo central de la llamada auto-conciencia. La capacidad de reaccionar ante la propia conducta es un producto social; el individuo se vuelve consciente de lo que hace sólo después que la sociedad refuerza las respuestas verbales respecto a su conducta como fuente de estímulos discriminativos. Tanto la conducta descrita (de la cual nos damos cuenta) como la respuesta verbal (descripción) pueden pasar luego al nivel encubierto. La conciencia 2 probablemente se restringe a los seres humanos, por su naturaleza verbal y social. / **Conciencia moral**: juicio inmediato y práctico sobre el carácter moral de nuestras acciones. / Conocimiento que tiene o debe tener la persona tener sobre las normas o reglas morales. Es la facultad que permite a los individuos darse cuenta si su conducta moral es o no valiosa. La conciencia moral es resultado de un raciocinio del tipo deductivo y que se encuentra apoyado en todos los principios generales de comportamiento que se han designado como *sindéresis*, además de aquellos que se han sentado durante el proceso de socialización y que corresponden a la cultura. La conciencia moral, como juez de los actos de los individuos, sólo puede darse cuando éstos son actos humanos voluntarios, esto es, actos en los que ha intervenido la libertad de acción. No puede haber un juicio de conciencia cuando los actos efectuados han sido obligados por una autoridad o por una acción coercitiva de agentes extraños al individuo. / Existen dos posiciones fundamentales que explican la naturaleza de la conciencia moral: la innatista y la em-

C

pírica. La posición innatista afirma que la conciencia nace con el individuo y es una capacidad propia de la naturaleza humana. Se afirma, por ejemplo, que la capacidad para juzgar lo bueno y lo malo de una conducta es un don divino, o, es un producto propio de la razón humana, la misma que descubre a priori el sentido del bien y del mal. La posición empírica sostiene que la conciencia moral es resultado de la experiencia, es decir, de las exigencias o mandatos de la familia, de la educación o del medio sociocultural en general, por lo que, las ideas morales son de naturaleza social; están determinadas por las condiciones materiales de existencia. / La conciencia moral se desarrolla en el niño en una forma natural por la acción educadora que va realizando la socialización. Lo que al parecer es innato, de hecho llega al individuo por una experiencia sensible sobre lo que está bien y lo que está mal. El obrar bien tiene premio y el obrar mal tiene castigo; sabe que si obra bien y a pesar de ello se le castiga, le llega en forma inmediata un sentido de justicia e injusticia y un concepto de autoridad que impone premios y castigos. Bajo estos principios es comprensible que la conciencia moral puede ser formada dentro de los procesos educativos, y de esta manera hacerla clara, recta, independiente y delicada. / **Conciencia sociológica**: abarca la totalidad del "yo". Es la que permite al individuo darse cuenta de su propia existencia, como entidad individual y de existencia de las otras personas y del mundo material que lo rodea, como algo fuera de su "yo".

Concientización. Proceso de movilización de la conciencia, de carácter liberador, respecto de situaciones, hechos o relaciones, causas y efectos hasta el momento ignorados o inadvertidos, pero que inciden de una manera que los sujetos de ese proceso consideran negativa. Según Barreiro, es la adquisición de conciencia de sí como persona en una sociedad con la cual está comprometida, porque en ella interactúa; es conciencia del carácter dinámico de las relaciones que se tiene con el mundo y es también conciencia de la propia capacidad crítica ante ellas y de la situación negativa en que se vive. Tal forma de conciencia supone un modo de conocer que conduce al compromiso de la persona con la sociedad en que vive, en el sentido de que asume su rol activo en ella, y el compromiso en la construcción cotidiana de esa realidad ejerciendo derechos y asumiendo deberes respecto de los cuales sabe por qué y para qué los contrajo (*V. Desideologización*).

Condensación. V. *Proceso primario*.

Condicionamiento clásico o Pavloviano. (Psi. cond.) Forma a través de la cual se adquieren nuevos comportamientos. Se basa en la relación entre un estímulo, denominado estímulo incondicionado (EI) que en forma consistente y sin aprendizaje previo produce una respuesta, a la que se denomina respuesta incondicionada (RI). El término *incondicionado* se refiere a que no se requiere de ninguna condición experimental particular para que se dé su presentación. La formación de un nuevo reflejo se hace a través de la correlación y de la presentación repetida y cercana en el tiempo (contigüidad) del EI en presencia de otro estímulo que previamente no mantenía ninguna relación con la RI. Cuando el estímulo nuevo empieza producir la respuesta, se le denomina estímulo condicionado (EC) y a la respuesta producida por el estímulo, respuesta condicionada (RC). El término condicionado se refiere a que se requiere de la condición de la correlación entre los dos estímulos EC-EI, para que se dé la respuesta condicionada (RC). / Los principios del condicionamiento clásico son: a) Adquisición: proceso a través del cual se forman nuevas asociaciones mediante las condiciones experimentales del condicionamiento clásico; b) Contigüidad: relaciones temporales entre

el EC y el EI; c) Correlación: grado en el cual el EC predice de forma confiable la aparición del EI; y e) Mantenimiento y extinción: cuando el EC se presenta repetidamente en ausencia del EI, la RC se va debilitando progresivamente hasta que finalmente desaparece. Por ello, para que haya extinción se requiere que se rompa la correlación entre el EC y el EI. / **Condicionamiento clásico excitatorio**: el EC tiene capacidad para producir la RC. El EC anuncia la presencia del EI. / **Condicionamiento clásico excitatorio apetitivo**: la señal (EC) anuncia la presencia del EI apetitivo (p. e. agua, comida). / **Condicionamiento clásico excitatorio aversivo**: el EC anuncia la presencia del EI aversivo. / **Condicionamiento clásico inhibitorio**: el E.C. tiene capacidad para inhibir (disminuir o eliminar) la RC. La señal (EC) anuncia la ausencia del EI. / **Condicionamiento clásico inhibitorio apetitivo**: el EC anuncia la ausencia del EI apetitivo. / **Condicionamiento clásico inhibitorio aversivo**: el EC anuncia la ausencia del EI aversivo.

Condicionamiento de segundo orden. También llamado condicionamiento de orden superior, este aprendizaje se produce cuando un estímulo ya condicionado se asocia a un estímulo neutro; éste provoca respuestas semejantes a las que provoca el EC. Es un procedimiento en el que un EC2 se empareja con un EC1 ya condicionado.

Condicionamiento operante. (Psi. cond.) Proceso a través del cual un organismo aprende a asociar ciertos actos con determinadas consecuencias. El organismo aprende a efectuar ciertas respuestas instrumentales para obtener un refuerzo o escapar de un castigo. También se denomina condicionamiento instrumental. Se basa en la relación entre una respuesta y estímulos consecuentes, es decir, relaciones respuesta-estímulo. En éste, el comportamiento depende o está determinado por sus consecuencias. Existen dos formas básicas de relación entre la conducta y sus consecuencias, en las que se tienen en cuenta dos aspectos: las características de la relación en sí misma y las características de los eventos que se están relacionado. Estas dos formas son: **refuerzo** y **castigo**. El refuerzo es el proceso por el cual aumenta la frecuencia de una respuesta cuando ésta produce una consecuencia (un reforzamiento) (V. *Refuerzo*). El castigo es el proceso por el cual disminuye la frecuencia de una respuesta cuando ésta produce una consecuencia (estímulo aversivo o punitivo) (V. *Castigo*).

Condicionamiento semántico. Condicionamiento al significado de las palabras, independientemente del aspecto visual de las mismas, de su sonido o de las palabras particulares de la oración. Una palabra asociada por significado a otra palabra (EC) que se asoció por presentación conjunta a un EI, provoca respuestas semejantes a esa palabra.

Conducta. Reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones. Toda conducta es una comunicación, que a su vez no puede sino provocar una respuesta, que consiste en otra conducta-comunicación. / Respuesta o acto observable o mensurable. Se define de manera amplia para incluir cogniciones, reacciones psicofisiológicas y sentimientos que no pueden observarse directamente, pero que se definen en términos que pueden medirse mediante diversas estrategias de evaluación. / **Conducta agresiva**: se produce cuando un organismo ataca con hostilidad, física o verbalmente, a otro organismo u objeto. En psicología del desarrollo, se denomina conducta o comportamiento agresivo a las acciones hostiles destinadas a herir o lastimar a alguien, o a establecer dominación. Esto ocurre en los infantes hacia los 2 años y medio de edad, y se presenta en forma de golpes, patadas, mordidas y lanzamiento de objetos. En los tres años siguientes, los niños usualmente pasan

C

de expresar la agresividad físicamente, a manifestarla de manera verbal. En las etapas iniciales de la agresividad, los niños suelen centrarse en aquello que desean y amenazan con gestos a quien no les permite alcanzarlo. Entre los dos y medio y los cinco años, comúnmente pelean por los juguetes y por el control del espacio (V. *Agresión instrumental*). La agresividad emerge principalmente durante el juego social, y es normal y necesaria en el desarrollo de los individuos. A medida que van creciendo, los niños mejoran la capacidad de expresarse con palabras, por lo cual los episodios de agresión física disminuyen en frecuencia y duración. / **Conducta anormal**: es la que se aparta en grado significativo de una norma cultural o criterio o patrón grupal. Si la palabra "anormal" se utiliza en un sentido negativo o peyorativo, alude a un comportamiento inadaptado, una conducta autodestructiva, que habitualmente es motivo de aflicción para el individuo o para los demás. / **Conducta hiperkinética**: se caracteriza por inquietud y desasosiego, falta de atención y movimiento muscular excesivo. / **Conducta instintiva**: conducta innata, considerada algo mas que un reflejo, ya que abarca un repertorio complejo y depende más de la maduración que del aprendizaje. / **Conducta moral**: conducta obligatoria conforme al deber; el individuo se encuentra obligado a comportarse de acuerdo con una regla o norma de acción y a evitar los actos prohibidos por ella. La obligatoriedad moral impone deberes al sujeto. Toda norma establece un deber. / **Conducta neurótica**: comportamiento inadaptado carente de flexibilidad, que aparece asociado con uno o más de los siguientes atributos: angustia excesiva, conflictos emocionales, temores irracionales, afecciones somáticas que carecen de base orgánica y tendencia a evitar ciertas situaciones provocadas de tensión, en vez de hacerles frente de manera eficaz. / **Conducta operante**: conducta emitida por el organismo. No es que carezca de un estímulo que la elicite, sino que, cuando se la observa es imposible hallarlo. La conducta operante se define por relaciones funcionales entre clases de respuestas (no instancias específicas de respuestas) y consecuencias ambientales. Skinner distingue entre instancias de respuesta y clases de respuesta. La primera se especifica en términos de topografía o estructura y se refiere a la ocurrencia particular y específica de una conducta (p.e. "tomó un vaso de agua a las 4 de la tarde"). Una clase de respuesta, como "tomar agua", es un conjunto de actos definidos por un impacto medible en el ambiente, que trasciende instancias y formas particulares de la respuesta. Operante es una conducta que actúa sobre el ambiente para generar consecuencias. Las consecuencias definen las propiedades con respecto a las cuales las respuestas se denominan igual (como pertenecientes a la misma clase). La consecuencia define a la clase de conducta. Una operante se identifica con una clase de respuesta que puede ser fortalecida (volverse más probable o frecuente) por los eventos (reforzadores) que la siguen inmediatamente. La probabilidad de una clase de respuesta es un concepto fundamental pero no es directamente mensurable y para resolverlo se mide a través de la frecuencia de respuesta (tiempo entre las instancias de respuesta). / **Conducta refleja**: en el marco del conductismo, es la relación entre un estímulo (E) y una respuesta (R) que es producida en forma consistente por el estímulo. Este tipo primitivo de conducta tiende a ser independiente de la experiencia y del aprendizaje y cumple una función adaptativa en las diversas especies animales incluyendo al hombre. Los mecanismos reflejos constituyen una parte del repertorio biológico, independiente de la experiencia del organismo, que a través del proceso evolutivo ha demostrado tener un valor adaptativo para la supervivencia del in-

dividuo y de la especie. Las leyes del reflejo hacen referencia a las características de los elementos constitutivos del reflejo, es decir, al estímulo y a la respuesta. El estímulo tiene características tales como intensidad, cualidad, duración y localización, entre otras, y la respuesta tiene características similares: magnitud, duración, etc., además de que puede seguir al estímulo después de cierta demora, o latencia, y con cierto grado de probabilidad. Estas leyes son: ley del umbral, ley de la intensidad-magnitud, ley de la latencia, ley de la fatiga y ley de la sumación temporal de sublimitantes. / **Conducta respondiente**: es la que se correlaciona con estímulos elicitantes específicos. La conducta respondiente es elicitada por un estímulo antecedente. Son reflejos y conductas aprendidas con el condicionamiento respondiente o pavloviano, que consiste en cambiar el estímulo elicitador. Esta conducta es llamada involuntaria, y su causalidad es mecanicista. La relación es de estímulo-respuesta: la conducta es una reacción a los estímulos inmediatamente precedentes. Se denomina "respondiente" a esta clase de relación funcional entre estímulo y respuesta, y a la conducta que está controlada por este tipo de relación funcional. / **Conducta social**: cualquier conducta en que exista interacción entre dos o más seres humanos. / **Conducta verbal**: Skinner reemplaza la idea de lenguaje como entidad (algo que la persona adquiere y posee) y como instrumento (herramienta para expresar ideas y estados mentales) por la idea de conducta verbal. La conducta verbal se estudia como cualquier otra conducta. Su particularidad es ser reforzada por sus efectos en las personas (primero en otros individuos, pero eventualmente en el mismo hablante). Como resultado, está libre de las relaciones espaciales, temporales y mecánicas que prevalecen entre la conducta operante y las consecuencias no sociales. La conducta verbal es de tipo voluntario (operante). Es seleccionada por sus consecuencias ambientales y se investiga por análisis funcional partiendo de la descripción de la contingencia de tres términos. La particularidad de la conducta verbal respecto a otras operantes es que las consecuencias de la conducta del hablante están mediadas por otras personas. Las variables controladoras son sociales: la conducta de otros controla la conducta verbal del hablante. En vez de considerar el lenguaje como un conjunto de palabras que refieren a objetos, el significado de las palabras se investiga en términos de las variables que determinan su ocurrencia en una instancia particular. El significado se comprende al identificar las variables que controlan la emisión. / **Conductas innatas**: son comportamientos muy adaptativos que se hallan programados en los códigos genéticos del individuo y no requieren ningún aprendizaje.

Confiabilidad. Se refiere al grado de consistencia o estabilidad de un test o prueba. Es el grado en que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados. / Existe la confiabilidad test-retest, que es determinada por la administración del instrumento a los mismos sujetos en dos momentos diferentes, y el cálculo de un coeficiente de correlación entre los puntajes. Este coeficiente es una medida del grado en el cual el puntaje de un test puede ser generalizado. La consistencia interna del mecanismo de evaluación se refiere al grado en el cual los ítems en una escala están intercorrelacionados, y usualmente es calculada usando una técnica en la que el test es dividido en dos partes (p.e. pares e impares) y los puntajes de cada "parte" son correlacionados utilizando la corrección de Spearman-Brown.

Confidencialidad. V. *Psicoética*.

Conflicto. Presencia contemporánea, en la misma persona, de dos motivaciones

C

de carácter opuesto pero de igual intensidad. / Incompatibilidad entre conductas, percepciones, objetivos y/o afectos entre individuos y grupos, que definen estas metas como mutuamente incompatibles. Puede existir o no una expresión agresiva de esta incompatibilidad social. Dos o más partes perciben que en todo o en parte tienen intereses divergentes y así lo expresan. Es un proceso interaccional y que como tal nace, crece, se desarrolla y puede a veces transformarse, desaparecer, y/o disolverse, y otras veces permanecer estacionario; se co–construye recíprocamente entre dos o más partes, entendiendo por partes a personas, grupos grandes o pequeños, en cualquier combinación; en éste predominan las interacciones antagónicas sobre las cooperativas. Algunas veces el antagonismo lleva a la agresión mutua; donde las personas que intervienen lo hacen con sus acciones, pensamientos, afectos y discursos. / (Psicoan.) Oposición entre fuerzas aparente o evidentemente incompatibles. Puede haber un conflicto interno o psicológico entre impulsos instintivos (p.e. libidinales y agresivos) o entre estructuras (p.e. yo y ello). Los conflictos son neuróticos sólo si una parte es inconsciente y/o son resueltos por el uso de defensas, salvo la sublimación. / (Psi. soc.) Forma de interacción en que las personas (individual o grupalmente) se perciben a sí mismas como envueltas en una lucha por los recursos o valores sociales escasos. / Amplio espectro que en la interacción e interrelación humana va desde situaciones y cuestiones que se elaboran con cierta rapidez, casi sin problema (aun cuando toda satisfacción de necesidades es búsqueda, mediatez, y por lo tanto es problema), hasta situaciones complejas que derivan en complicaciones, antagonismos, llegando a veces a estereotipias, rigideces o cristalizaciones, cuya posibilidad de resolución requiere la consulta o intervención de operadores (terceros) que aporten elementos o instrumentos eficaces para la superación del conflicto. / Incompatibilidad entre conductas, percepciones, objetivos y/o afectos entre individuos y grupos, que definen estas metas como mutuamente incompatibles. Puede existir o no una expresión agresiva de esta incompatibilidad social. Dos o más partes perciben que en todo o en parte tienen intereses divergentes y así lo expresan. / Proceso interaccional y que como tal nace, crece, se desarrolla y puede a veces transformarse, desaparecer, y/o disolverse, y otras veces permanecer estacionario, que se co – construye recíprocamente entre dos o más partes, entendiendo por partes a personas, grupos grandes o pequeños, en cualquier combinación, en el que predominan las interacciones antagónicas sobre las cooperativas. Algunas veces el antagonismo lleva a la agresión mutua, y donde las personas que intervienen lo hacen con sus acciones, pensamientos, afectos y discursos.

Confusión. (Psicoan.) Inicialmente, el niño y el mundo son una misma y única cosa. Existe un estado de confusión (fusión con); no diferencia entre lo que es y no es yo, según la teoría clásica de Freud (V. *Autoerotismo* e *Identificación*).

Congénito. Característica presente en el nacimiento. Muchos trastornos congénitos son hereditarios, pero otros muchos son el resultado de causas ambientales o extrínsecas tales como la malformación que experimenta el feto cuando la madre contrae la rubeola. La mayoría de malformaciones congénitas como fisuras palatinas, malformaciones cardíacas y pies zambos, probablemente son el resultado de una combinación de factores genéticos y ambientales. Por otra parte, no todos los trastornos genéticos son congénitos, es decir, presentes, manifiestos o visibles al nacer.

Conocimiento. Elaboración subjetiva que desemboca en la adquisición de representaciones organizadas de lo real. Es

resultado de procesos de construcción subjetiva en los intercambios cotidianos con el medio circundante. / Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (*a posteriori*, esto es, derivado de la experiencia de los sentidos), o a través de la introspección (*a priori*, es decir, es independiente de cualquier experiencia, verdad universal y necesaria). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. Tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo). / **Conocimiento social**: es el conocimiento sobre las personas, sobre lo que hacen, pueden y deben hacer y sobre cómo deben comportarse. El desarrollo del conocimiento social se produce en la infancia y para desarrollarse es preciso que el niño haya adquirido tres condiciones previas: la existencia, la necesidad y la inferencia. La primera de ellas hace referencia a que el niño debe saber que los demás individuos tienen pensamientos; la segunda hace hincapié en la motivación del niño para identificar tales pensamientos, mientras que la última se refiere a la organización de estrategias para averiguarlos.

Consciente. (Psicoan.) Es uno de los tres estratos del aparato psíquico, desde el punto de vista topográfico. Es lo que conocemos espontáneamente en vigilia; lo captado por nuestra percepción-conciencia, que nos proporciona una vivencia inmediata del yo y del mundo.

Consentimiento informado. Documento que busca dar fe de la autorización que una persona o su representante legal emite para que se le realice un procedimiento médico quirúrgico, se le aplique una prueba, u otro tipo de procedimiento (entrevista, estudio, etc.). Una relación médico-paciente o investigador-sujeto, adecuada, honesta y cordial, permite transmitir la información pertinente, de una manera empática, para así lograr una autorización entendida, competente y voluntaria.

Conservación. (Psi. cogn.) Dentro de la teoría piagetiana, es la conciencia de que dos cosas de igual tamaño se mantienen iguales aunque se vea que sufren alteraciones (p.e. un cambio en la forma), esto mientras nada haya sido añadido o sustraído de ninguno de los objetos. Piaget encontró que los niños no entienden totalmente este principio hasta que alcanzan la etapa de las operaciones concretas, normalmente en la niñez media. Por ejemplo, al niño se le muestran dos vasos idénticos, ambos cortos y anchos, conteniendo la misma cantidad de agua. Posteriormente se pasa el agua de uno de los vasos a un tercer vaso, alto y delgado. Se le pregunta si ambos vasos tienen la misma cantidad de agua, o cuál de los dos vasos tiene mayor cantidad. En la niñez temprana, aún después de haber visto al investigador pasar el agua de un vaso a otro, o incluso, después de haberla cambiado de vaso él mismo, el niño dirá que el vaso más alto, o el más ancho, es el que contiene más agua. Los niños en la etapa preoperacional no pueden considerar el ancho y la altura al mismo tiempo. Se centran sólo en un aspecto, por lo cual no pueden entender lo que está pasando. Típicamente, los niños atraviesan tres etapas para llegar a la conservación. En la primera, los niños no pueden conservar pues se centran en un solo aspecto de la situación. Dado que no entienden el concepto de reversibilidad (posibilidad de regresar los elementos a su orden inicial), no se dan cuenta que se puede restaurar la forma original de la materia (p.e. regresar el agua al vaso corto y ancho en el que colocó el agua

C

inicialmente). La segunda etapa es transicional: algunas veces los niños conservan, en otras ocasiones no lo hacen. Pueden notar más de un aspecto de una situación –como altura, ancho, largo y espesor-, pero pueden fracasar al intentar reconocer cómo se relacionan dichas dimensiones. En la tercera y última etapa, los niños conservan y dan razones lógicas para sus respuestas. Estas razones pueden referirse a la reversibilidad, a la identidad (igualdad de los materiales: p.e. el agua es la misma; aunque se cambie de lugar, de envase, o de forma, no se ha quitado ni agregado nada); o a la compensación (el cambio en una dimensión se equilibra con un cambio en otra dimensión: p.e. el agua se pasa a un vaso más alto, pero más delgado, lo que compensa la poca altura del primer vaso). Así, en la etapa de las operaciones concretas, los niños muestran un avance cognitivo sobre los niños de la etapa preoperacional. Su pensamiento es reversible, se descentran y se dan cuenta que las transformaciones son en realidad cambios perceptuales.

Conservación de género. V. *Identidad*.

Constancia de género. V. *Identidad*.

Constitución. Suma total de los caracteres morfológicos, fisiológicos y psicológicos de un individuo junto con variables adicionales de raza, sexo y edad, determinado todo ello en gran parte por la herencia pero influido en diferentes grados por factores ambientales.

Contenido latente. En el marco del psicoanálisis, el contenido latente de un sueño es su verdadero significado, oculto por el contenido manifiesto o superficial (V. *Sueño*).

Contenido manifiesto. V. *Sueño*.

Contigüidad. En el condicionamiento clásico, dos acontecimientos son contiguos si ocurren emparejados. Cuanto menor sea el intervalo entre la aparición del EC y la del EI durante la asociación, mejor predecirá el EC la aparición del EI.

Contingencia. Relación entre una conducta (la respuesta que va a modificarse) y los eventos consecuentes. En ocasiones los eventos que preceden a la conducta (antecedentes) también se especificarán por una contingencia. La conducta operante puede estar controlada por los estímulos antecedentes. La descripción de la operante requiere tres términos y sus interrelaciones funcionales. La "contingencia de tres términos" es la unidad de análisis fundamental en el estudio de la conducta operante. Los tres términos son: la ocasión en la que ocurre una conducta, la conducta y las consecuencias reforzantes. Las interrelaciones entre estos términos son las contingencias de reforzamiento. Un estímulo presente cuando una respuesta es reforzada adquiere control sobre la respuesta, pero no la elicita (como en una respondiente) sino que hace más probable que ocurra (establece la ocasión para la conducta). Es más claro hablar de Condición-Acción-Consecuencia, pues la relación Estímulo-Respuesta está muy asociada con la relación causa-efecto de la conducta respondiente. Cuando las ocurrencias de instancias de una clase de respuesta son seguidas por reforzamiento sólo en presencia de un estímulo, éste adquiere control sobre la operante (función de estímulo discriminativo). Aunque se parece al estímulo elicitador de la conducta respondiente en que puede usarse como variable independiente para controlar la operante, no es correcto interpretarlo como el modo causal de la conducta respondiente. Su estatus como variable controladora está condicionado por la historia de relaciones selectivas conducta/consecuencia en presencia de ese estímulo. No elicita la respuesta, sino que establece la ocasión para la operante. La "contingencia de tres términos" se aparta del modelo causal Estímulo-Respuesta, en el cual el

organismo sólo responde (reacciona) a estímulos físicos o mentales precedentes. La conducta llamada voluntaria se basa en que ocurren cambios selectivos en la probabilidad de la conducta, y los estímulos en presencia de los cuales la conducta fue seleccionada por las consecuencias en la historia del organismo adquieren función de estímulos discriminativos (V. *Refuerzo*).

Contracondicionamiento. Dentro del conductismo, es el proceso que combina el condicionamiento con la extinción. Requiere: 1) La presentación de un estímulo condicionado, capaz de provocar una respuesta indeseable, y 2) La presentación simultánea de un estímulo capaz de provocar una respuesta antagónica a la indeseable.

Contraidentificación proyectiva. (Psicoan.) Proceso que se da cuando el analista acepta el rol proyectivo que le ha transmitido el paciente y lo contraactúa; el analista se identifica con los objetos internos del paciente. Hasta cierto punto, la contraidentificación proyectiva es inevitable. La tendencia básica del proceso, sin embargo, permite al analista salir de la contraactuación y rescatar su misión de comprender.

Contradicción. En psicología social, es una categoría dialéctica mediante la cual se da cuenta de ciertas situaciones universales que se presentan en los grupos en situaciones que deberán ser enfrentadas y resueltas como parte central de la tarea de esclarecimiento grupal. Un paso importante en el proceso de esclarecimiento, o proceso de aprender a pensar, es un trabajo orientado hacia la reducción del índice de ambigüedad grupal por la resolución dialéctica de las contradicciones internas al grupo, que toman la forma de dilema, paralizando la tarea a través del enfrentamiento entre individuos o subgrupos. La situación dilemática esteriliza el trabajo grupal y opera como defensa ante la situación de cambio. Las contradicciones pueden darse entre subgrupos, entre individuos del grupo, entre un individuo y el grupo, etc. y son de naturaleza diversa, como: a) Contradicción entre el proyecto y la resistencia al cambio; b) Contradicción entre las necesidades individuales y las necesidades grupales; c) Contradicción entre lo viejo y lo nuevo; y d) Contradicción entre lo manifiesto y lo latente, que se resuelve mediante la tarea de interpretar.

Contrato. (Psicoan.) Denominado *pacto* por Menninger, y *alianza terapéutica* por Greenson, supone un pacto entre el analista y los núcleos más sanos del paciente. / **Contrato conductual**: contrato verbal o escrito entre el terapeuta y el cliente en el que se señala que cada uno desempeñará conductas específicas que conducirán a la resolución del problema del cliente. / **Contrato psicológico**: es una adición al acuerdo económico que cubre los salarios, las horas de trabajo y sus condiciones. Define las condiciones de compromiso psicológico del empleado con el sistema. Se desarrolla subyaciendo a la organización formal, basándose en los intereses de las partes que no necesariamente están conformadas por los empleadores. Implica la existencia de un conjunto de expectativas, no escritas en parte alguna, que operan a toda hora entre cualquier miembro y otros miembros y dirigentes de la organización.

Contratransferencia. (Psicoan.) Se ha dicho que el analista es neutral, pero esto no significa que no esté presente; los mensajes verbales y preverbales hacen surgir en el psicoanalista fantasías, sensaciones, pensamientos y emociones conscientes e inconscientes. A este resonar del analista se le conoce como con el nombre de contratransferencia. Es la guía principal para llegar a la problemática del paciente, siempre y cuando el analista la elabore y el énfasis de la situación tienda a virar del estudio

de la psicología del paciente al campo transferencial-contratransferencial, configurado por los dos participantes de la "díada". Al igual que ocurre con la transferencia, la contratransferencia se podría clasificar en positiva y negativa, y esta última tendría para el analista el mismo valor resistencial que la transferencia tiene para el paciente.

Control. Habilidad para hacer que algo se comporte exactamente como se quiere. / **Control de contingencias**: habilidad para manipular los antecedentes y consecuencias ambientales de una conducta dada a fin de lograr un objetivo conductual específico. / **Control de estímulos**: se dice que hay control de estímulo cuando el estímulo antecedente afecta sistemáticamente a la probabilidad de presentación de la respuesta. Estos estímulos controlantes se conocen como estímulos discriminativos.

Conversión. (Psicoan.) Corresponde a un grupo de maniobras inconscientes adaptativas y defensivas, con que el yo altera o paraliza una función somática para intentar expresar o resolver conflictos emocionales. Hace parte de una serie de movimientos de fantasías, pensamientos y emociones que van en la vía que conduce de lo que se denomina psíquico a aquello que se denomina somático y que se conoce como somatizaciones. Tomada en su sentido más limitado, la conversión implica una problemática que se plantea cuando el niño ha llegado al proceso de triangulación característico de la etapa edípica, toda vez que, en este momento, puede ya utilizar la dramatización simbólica que se condensa en el síntoma conversivo histérico (V. *Complacencia somática*). / (Psi. Soc.) Proceso o fenómeno psicológico por el cual, de manera sutil, se produce un cambio en los procesos de conocimiento y de percepción mediante el cual se adoptan implícitamente los puntos de vista o las respuestas de otro. Es el paso de una creencia considerada como falsa a una verdad presumida, y un cambio de conducta. También ha sido estudiado como el producto de la influencia de una minoría activa, que introduce una innovación, lucha por ella y, aun cuando no resulte victoriosa, logra por ese proceso de instilación inconsciente que se produce en el intercambio de ideas, que sus propuestas sean parcial y a veces totalmente aceptadas.

Convulsión. Contracción o espasmo muscular involuntario generalizado.

Cooperación. En el marco de la psicología social, es la contribución, aún silenciosa, a la tarea grupal, sobre la base de la existencia de roles diferenciados. La cooperación es uno de los seis vectores o fenómenos universales de los grupos. Se dice que hay cooperación cuando los miembros de un grupo colaboran entre sí en pos de una tarea en común, que es la tarea grupal. Para ello deben existir roles diferenciados donde cada uno haga lo suyo (heterogeneidad en los roles), pero una sola tarea en común (homogeneidad en la tarea). Es a través de la cooperación como se hace manifiesto en carácter interdisciplinario del grupo operativo y el interjuego entre horizontalidad y verticalidad. / Según Piaget, es la coordinación de puntos de vista o de acciones que emanan respectivamente de distintos individuos. Gracias a ella, el niño puede ir abandonando el egocentrismo infantil y ser capaz de un mayor grado de descentración, proceso de que ocurre solidariamente con la agrupación como coordinación de operaciones.

Coprolalia. Término médico usado para describir uno de los síntomas más incómodos y socialmente estigmatizantes del Síndrome de Tourette (ST). Consiste en la expresión involuntaria de palabras obscenas o comentarios despectivos socialmente inapropiados. Otros ejemplos pueden incluir referencias a los genitales, excrementos y actos sexuales. Aunque es el síntoma más ampliamente

conocido del ST, sólo se presenta en una minoría de los pacientes. Usualmente se expresa como una única palabra, pero puede involucrar también frases complejas. Puede presentarse también la copropraxia, síntoma que se manifiesta como un tic motor complejo que involucra gestos obscenos. Mientras ciertas obscenidades y palabras vulgares pueden ser comunes en las conversaciones cotidianas dentro de nuestra cultura, la coprolalia es diferente, pues estos tics vocales usualmente no surgen dentro de contextos sociales o emocionales, y con frecuencia son dichos o repetidos compulsivamente en un tono más alto o con una entonación diferente a la del habla conversacional habitual. Es importante entender que estas palabras o frases no necesariamente reflejan los pensamientos, creencias u opiniones de la persona con coprolalia. La explicación más comúnmente aceptada sobre la causa de este problema, tiene que ver con una deficiencia en el mecanismo inhibitorio del cerebro, lo que origina los movimientos corporales involuntarios y tics del ST. Parece que la capacidad innata del ser humano para suprimir movimientos indeseados y pensamientos inconscientes, se encuentra impedida o disminuida de manera significativa en estas personas. V. *Síndrome de Tourette*.

Corea. Es un ejemplo de las alteraciones del sistema piramidal. Es un movimiento arrítmico, es decir, cada movimiento es diferente del anterior. Compromete grandes grupos musculares generalmente de la cara, de la región proximal del miembro superior y del tronco, en ese orden. El paciente inicialmente parece inquieto y encadena sus movimientos anormales dentro de una secuencia de movimientos normales, lo que lleva a que constantemente esté haciendo muecas, arreglándose la ropa, tocándose la cabeza o rascándose. Las formas más conocidas de corea son la enfermedad de Huntington y la corea de Sydenham.

Corea de Sydenham. Es una de las formas más conocidas de corea. Se asocia con fiebre reumática y suele ceder después del tratamiento con antibióticos; su frecuencia ha disminuido en los últimos años.

Corregulación. Etapa transicional que se da durante la niñez media, en la cual el padre o la madre y el niño comparten el poder sobre el comportamiento del niño; el padre o la madre ejerciendo supervisión general y el niño regulando sus propias actividades.

Correlación. En los métodos de investigación, es la relación estadística entre dos o más factores o variables. La correlación muestra la dirección y la magnitud de la relación entre las variables. Dos variables pueden estar relacionadas positivamente: aumentan o disminuyen juntas (p.e.: en la medida en que los niños leen más, más rico y abundante se hace su vocabulario). Dos variables también pueden tener una correlación negativa: mientras una aumenta, la otra disminuye. Las correlaciones se reportan como números que oscilan entre –1.0 (una relación totalmente negativa o inversa) y +1.0 (una relación totalmente positiva o directa). Entre más alto sea el número, más fuerte es la relación. Una correlación de cero indica que no hay relación entre las dos variables. Aunque las correlaciones sugieren las causas posibles de los resultados, no permiten sacar conclusiones sobre sus causas y efectos. Por ejemplo, no se puede concluir que el aumento en la frecuencia de la lectura *causa* un aumento en la cantidad de vocabulario de los niños; sólo se puede concluir que las dos variables están relacionadas. Para determinar la causalidad, se haría necesario diseñar un experimento controlado.

Corteza cerebral. Capa superior del cerebro, responsable por el pensamiento y la solución de problemas. Es una de las estructuras del sistema límbico. Se encuentra formando lóbulos, que son cuatro y reciben el nombre del hueso que los cubre: frontal, parietal, temporal y occipital. Cada lóbulo se encuentra a su vez constituido por numerosos repliegues de corteza, denominados circunvoluciones. Las circunvoluciones se encuentran separadas por surcos y por cisuras (que son surcos más profundos). Es la estructura en la que se concentra gran parte de las capacidades de procesamiento de información de los humanos y abarca tanto el prosencéfalo como el mesencéfalo. Se cree que el procesamiento de información en la corteza es estratificado: los datos pasan de áreas primarias a áreas secundarias y, de ahí, a otras áreas de asociación más elevada.

Creatividad. Proceso intelectual caracterizado por la originalidad, el espíritu de adaptación y la posibilidad de hacer realizaciones concretas. / La creatividad, más que una metodología en la resolución de problemas, es un ingrediente adicional que permite llegar a soluciones más efectivas, posiblemente con menos esfuerzo e incluso en menos tiempo. Uno de los factores que determinan la creatividad es el pensamiento divergente, que se entiende como la capacidad para generar respuestas o soluciones a los problemas utilizando procedimientos poco comunes, pero efectivos. De manera similar, el pensamiento lateral –homólogo del pensamiento divergente-, consiste en la capacidad de saltar los límites de un problema y desarrollar soluciones nuevas e innovadoras. Implica tratar deliberadamente de identificar las limitaciones asumidas o dadas por sentadas para resolver el problema, y plantearse este último de una forma totalmente nueva, como si antes uno no se hubiese encontrado con nada parecido.

Creencia. Estado mental, representacional en su carácter, que toma una proposición (sea ésta verdadera o falsa) como su contenido e involucrada, junto a factores motivacionales, en la dirección y control del comportamiento voluntario. Usualmente es tomada como el estado cognitivo primario; otros estados cognitivos (p.e. conocimiento, percepción, memoria, intención) son una combinación de las creencias con otros factores (p.e. verdad y justificación en el caso del conocimiento). Cuando se habla de creencia, puede referirse a un estado mental particular que ocurre en el creyente, o el contenido proposicional en sí.

Cretinismo. Grave debilidad mental, asociada a un retraso en el desarrollo óseo y debida a un funcionamiento defectuoso de la glándula tiroidea.

Crisis. Fracaso en la posibilidad de resolver un problema o de recuperar el equilibrio perdido con base en los medios disponibles. / Período del proceso familiar en que están bloqueados los caminos habituales de respuesta a estímulos, lo que origina una experiencia de intercambios conductuales de ensayo y error colectivo, y casos de conmoción de individuos. A juicio de los estructuralistas, un período de crisis es preludio necesario del cambio porque aleja a la familia de estados de homeostasis estancada. / **Crisis de angustia**: aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de síntomas que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos, como lo son: palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a

perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo) y escalofríos o sofocaciones. / **Crisis de angustia con agorafobia**: se caracteriza por la presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes, y porque al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) síntomas como: inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis, preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. e. perder el control, sufrir un infarto de miocardio), cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis y presencia de agorafobia. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica. / **Crisis de angustia sin agorafobia**: se caracteriza por la presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes; al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de síntomas como: inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. e. perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco"), cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis y ausencia de agorafobia. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.

Cromosoma. Estructura situada en el interior del núcleo celular. Transmite el código genético, del que dependen los caracteres hereditarios.

Crónico. Criterio que puede aplicarse a un episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo si éste es el tipo más reciente de episodio afectivo. Los episodios son considerados crónicos cuando se han cumplido de forma continua durante al menos los dos últimos años.

Cuestionario. Conjunto de preguntas a las que el sujeto puede responder oralmente o por escrito, cuyo fin es poner en evidencia determinados aspectos psíquicos, comportamentales, emocionales, etc.

Culpa. Responsabilidad de una acción o un suceso relativo a una falta más o menos grave, cometido a sabiendas o voluntariamente. / **Sentimiento de culpa** (Psicoan.): dolor causado por la preocupación, originada en el daño que se le ha hecho al objeto, o el temor de dañarlo. Determina la necesidad íntima de reparar, actividad del yo dirigida a restaurar el objeto amado y averiado. / Sentimiento consciente o inconsciente de indignidad que sería, según Freud, la forma bajo la cual el yo percibe la crítica del superyo.

Cultura. Formas de vida de cualquier sociedad. La cultura real está formada por la suma total de las formas de conducta que comparten y que han tenido que aprender los miembros de una sociedad. / Según Clifford Geertz, la cultura es la trama de significados en función de la cual los seres humanos interpretan su existencia y experiencia, así mismo como conducen sus acciones. La antropología la define como el complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, derecho, moral, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad. Tomada en este sentido, la cultura es el conjunto de herramientas, conocimientos y comportamientos adquiridos, que se transmiten de una generación a otra. Sobre esta plataforma se basa necesariamente la subsistencia de la especie y sus posibilidades de progreso. / **Cultura material**: son los objetos elaborados por el hombre (p.e. la rueda, el calendario, etc.), que son iguales en términos generales a otros objetos usados por los miembros del grupo a que pertenece. Dichos objetos están asociados a ciertas

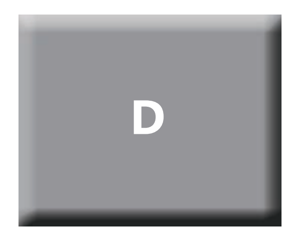
formas específicas de comportamiento comunes a toda la sociedad y tienen dos funciones en relación con la cultura: son productos de ésta y son instrumentos de acción.

C

Curso vital. Carácter concreto de una vida, desde su nacimiento hasta su muerte. Curso indica secuencia, flujo temporal (relaciones amorosas, buenas y malas épocas, etc.)

Curva de Gauss. V. *Curva normal*.

Curva normal. Representa una distribución teórica de probabilidades, es decir, describe la relación entre una variable aleatoria y la frecuencia con que se presentan sus valores. Tiene forma de campana, y se la conoce también como curva de Gauss.



Deber. Obligación moral que afecta a cada persona y se fundamenta en obrar según los principios de la moral, la justicia o su propia conciencia. En ética, el deber es comúnmente asociado con conciencia, razón, rectitud, ley moral y virtud. En el deber se compendian aquellas exigencias de tipo moral que la sociedad va planteando al individuo conforme a cada etapa de su desarrollo. Quienes fundamentan los deberes en la ley natural suelen dividirlos en **deberes negativos** o **prohibitivos**, que impiden las acciones malas y **deberes positivos** o **afirmativos**, que mandan la realización del bien. Los deberes negativos de la ley natural se imponen absolutamente en todas las circunstancias; los positivos son susceptibles de apreciaciones interpretativas según su objeto. Las diferentes clases del deber son productos del sistema de las relaciones sociales; por el hecho de entrar en determinadas relaciones, el hombre toma sobre sí obligaciones. En la sociedad dividida en clases antagónicas, el deber se encuentra estrechamente vinculado a los intereses de clases; por lo tanto, existirán deberes que defienden los intereses de la clase dominante y deberes que defienden los intereses de la clase explotada. De acuerdo a la moral general puede haber diferentes clases de deber: deberes del individuo para con la nación, deberes militares, deberes del trabajador o empleado, deberes familiares, deberes humanos etc. De acuerdo con la moral especial pueden considerarse los siguientes: los deberes para con Dios, los deberes del hombre para consigo mismo y los deberes para con el prójimo.

Defensa. En 1894, Freud habla de defensa para referirse a los rechazos que realiza el yo frente a los instintos. En 1926, tras haber estudiado nuevos cuadros psicopatológicos, amplía el concepto de defensa para designar todos los procedimientos para hacer frente al conflicto psíquico. Lo que en 1894 llamaba defensa, pasa a designarlo como represión. Con la segunda tópica freudiana, los mecanismos de defensa pasan a ser considerados mecanismos inconscientes del yo para librarse de la angustia. En efecto, desde el punto de vista dinámico el yo representa en el conflicto neurótico el polo defensivo de la personalidad. Las defensas pueden ser normales o patológicas. Toda defensa tiene un aspecto adaptativo o normal en tanto sirve para el ajuste a la realidad. Se tornan patológicas si se basan, según M. Klein, en fantasías muy hostiles y envidiosas, pues obstaculizan la elaboración de la posición depresiva. Se pueden establecer dos criterios que identifican la **defensa patológica**: a) Rígida, es decir, el yo recurre a ella en toda ocasión, sin discriminarla; y b) Compromete la personalidad, en el sentido que la defensa tiñe todos los vínculos objetales, y no solamente, por ejemplo, los maternos. / (Psicoan.) **Defensa histérica**: es uno de los dos tipos básicos de defensa neurótica. Se caracteriza por la masividad; se reprime tanto la idea como el afecto. / **Defensa maníaca**: se dan frente al dolor que supone la integración de la llamada posición depresiva. La resolución de lo depresivo que se logra por la reparación es un proceso doloroso y lento y, en este sentido, las defensas maníacas protegen al yo; sin embargo, si son demasiado intensas, interfieren severamente con el proceso de la maduración depresiva. Las defensas maníacas

incluyen los mecanismos utilizados en la posición esquizoparanoide (escición, identificación proyectiva, idealización), pero usados específicamente para evitar la composición depresiva. Su común denominador es la negación y se caracterizan por control, triunfo y desprecio por el objeto, destinados a defender de los sentimientos depresivos en cuanto a la valoración del objeto y el temor a perderlo. / **Defensa neurótica**: es de dos tipos, histérica y obsesiva. / **Defensa obsesiva**: es llamada aislamiento. En ésta, o bien se reprime el afecto y la idea se mantiene en la conciencia, o se reprime la idea y el afecto se mantiene consciente, o bien tanto la idea como el afecto persisten a nivel consciente, pero se rompe entre ellos el eslabón de causalidad. Ejemplo: un paciente obsesivo puede haber cometido o fantaseado actos que lo hacen sentir extremadamente culpable; no relacionará, sin embargo, el afecto culpa con dichos actos sino que tiende a ligarla más bien con situaciones banales, como el haber dejado encendida la luz, con el consiguiente gasto innecesario que esto implica. / Lo defensivo o lo adaptativo depende de: 1) Masividad con que se emplee. Por ejemplo, la proyección es una forma de encontrar el mundo. Si su uso rebasa las capacidades del yo se rompe cualquier posibilidad de distinguir el adentro del afuera; 2) Estereotipación, que se refiere a mecanismos o a grupos de mecanismos; y 3) Especificidad, es decir, el que la persona madura y como tal creativa confronta situaciones nuevas con soluciones que si bien, y como es obvio, están teñidas por las vivencias de su propio pasado, tienen algo de nuevo que corresponde a la nueva situación.

Defusión. (Psicoan.) Es el paralelismo disociado, la disociación entre los instintos de vida y de muerte, que implica la supremacía de lo tanático-destructivo.

Déjà vu. Sensación de que una vivencia nueva ya ha sido experimentada con anterioridad. Normalmente se da por la fatiga psíquica y se acompaña de sensación de extrañeza.

Delirio. El delirio debido a una condición médica se caracteriza por la alteración de la conciencia (p. e. disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención y el cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo; además, la alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día. / **Delirio debido a múltiples etiologías**: presenta los mismos síntomas del delirio debido a una condición médica, aunque tienen en más de una etiología (p.e. más de una condición médica, una condición médica más una intoxicación por sustancias o por efectos secundarios de los medicamentos). / **Delirio por abstinencia de sustancias**: presenta los mismos síntomas del delirio debido a una condición médica, aunque originados poco después de un síndrome de abstinencia de sustancias como alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, u otras sustancias. / **Delirio por intoxicación por sustancias**: presenta los mismos síntomas del delirio debido a una condición médica, aunque originados por el consumo de sustancias como alcohol, alucinógenos, anfetaminas (o sustancias afines), cannabis, cocaína, Fenciclidina (o sustancias de acción similar), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, u otras sustancias (o sustancias desconocidas como la cimetidina, digital, benzotropina). / **Delirio primario**: ideas delirantes que se caracterizan por ser autónomas, originales, inderivables e incomprensibles desde el punto de vista psicológico. Aparece en forma brusca, con convic-

ción completa, y sin ninguna otra alteración mental que haya conducido a él. / **Delirio secundario**: ideas delirantes que surgen como intentos de explicación de experiencias anómalas previas y, en este sentido, son comprensibles psicológicamente. Surge comprensiblemente de una experiencia anormal previa. Esta experiencia puede ser una alucinación, un estado de ánimo u otro delirio. / ***Delirium tremens***: proceso que puede aparecer en algunos alcohólicos con el síndrome de abstinencia y que se caracteriza por desorientación, fluctuación del nivel de conciencia, alucinaciones, miedo intenso, temblores con agitación motora e hiperreactividad vegetativa.

Delusión. Idea falsa fija, que presenta resistencia a ser modificada aunque datos objetivos la contraríen.

Demencia. Deterioro intelectual asociado con la vejez y en ocasiones con causas fisiológicas; caracterizado por olvido, confusión y cambios de personalidad. La enfermedad de Alzheimer es el tipo más común de demencia. Los criterios diagnósticos del DSM incluyen: alteración de la memoria a corto plazo (imposibilidad para retener nueva información) y de la memoria a largo plazo (dificultad para evocar informaciones personales o culturales); alteración del pensamiento abstracto (similitudes, definiciones, diferencias), alteraciones del juicio, otras alteraciones de las funciones superiores (afasia, apraxia, agnosia) o alteraciones de la personalidad; interferencia significativa de los anteriores aspectos en las actividades profesionales o sociales; evidencia de factores orgánicos específicos, ligados etiológicamente a la perturbación o, en ausencia de esta evidencia, se presume un factor orgánico, si ningún trastorno mental no-orgánico puede explicar los síntomas. / **Demencia vascular**: se caracteriza por el deterioro de la memoria y por alteraciones cognoscitivas como afasia, apraxia, agnosia y alteración de la actividad constructiva (p.e. planificación, organización, secuenciación y abstracción). Estos déficit provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social de la persona y representan una merma importante del nivel previo de actividad. Hay demencia vascular con delirio, con ideas delirantes, con estado de ánimo depresivo y no complicada (si ninguno de los síntomas antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual). / **Demencia debida a múltiples etiologías**: presenta los mismos síntomas de la demencia vascular, pero la alteración posee más de una etiología (p. e. traumatismo craneal más consumo crónico de alcohol o demencia tipo Alzheimer con el subsiguiente desarrollo de demencia vascular). / **Demencia debida a otras condiciones médicas**: presenta los mismos síntomas de la demencia vascular, pero éstos constituyen un efecto fisiopatológico directo de condiciones médicas como el VIH, traumatismos craneales, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Pick, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo, tumor cerebral, deficiencia de vitamina o irradiación intracraneal. / **Demencia persistente inducida por sustancias**: presenta los mismos síntomas de la demencia vascular, aunque éstos se encuentran etiológicamente relacionados con los efectos persistentes del consumo de sustancias como alcohol, inhalantes, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, u otras sustancias, y persisten más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.

Dependencia. A nivel emocional, se habla de dependencia como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas, que buscan desesperadamente satisfacerse mediante relaciones interpersonales estrechas. Esta búsqueda está destinada al fracaso o, en el mejor de los casos, al logro de un equilibrio precario. / **Dependencia de sustancias**: también

denominado drogadicción o drogodependencia, es un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conduce un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por aspectos como 1) Tolerancia: definida por una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado; y 2) Abstinencia: definida por el síndrome de abstinencia característico para la sustancia, se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía; existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia; se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia; reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia; se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Depresión. Trastorno afectivo con síntomas y signos que pueden presentarse de forma aguda, episódica o recurrente, aislados o como parte de otros estados patológicos. Lo que es nuclear en todas las formas de depresión (bipolar, monopolar, reactiva, etc.) es el abatimiento persistente del humor. Cuando el cuadro depresivo se hace severo hay manifestaciones del mismo en las esferas somática y cognitiva. Las primeras incluyen trastornos del apetito, que pueden resultar en pérdida o ganancia del peso corporal, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), trastornos psicomotores (hiperquinesia o bradiquinesia), y fatiga y pérdida de energía. Entre las alteraciones en la esfera cognitiva, el cuadro clínico incluye trastornos de la atención, apatía y pérdida de interés hacia toda actividad, sentimientos de autodevaluación personal y frecuentemente un componente de angustia severa y síntomas tales como temores irracionales, hipocondrias, pensamientos obsesivos e ideación suicida, entre los principales. / (Psicoan.) Es una de las fases por las que atraviesa el paciente que sufre una enfermedad orgánica, para llegar a vivir de una forma realista el suceso crítico acaecido, y por lo tanto, poder luchar. En ésta, el paciente se da cuenta cabal de que algo sí ha pasado. En mayor o menor grado, jamás volverá a ser el mismo, trátese de una amputación quirúrgica, de una enfermedad metabólica crónica o un infarto del miocardio. Esta depresión, dolorosa como es, es condición indispensable y permite que el paciente haga el tránsito al paso siguiente, la elaboración. / (Neuropsi.) Dentro de los trastornos afectivos, la enfermedad bipolar es el que tiene el componente genético más importante, seguido de la depresión unipolar recurrente, la cual se hereda con mayor frecuencia que la episódica. De igual modo, la depresión mayor, de inicio temprano, es más heredable que sus otras variedades. Se cree que la depresión se asocia con una reducción en la disponibilidad de catecolaminas, principalmente de norepinefrina, y que la manía se relaciona con un aumento de ésta. Hay evidencias de que la deficiencia de otra monoamina, la serotonina, también juega un papel importante en la etiopatogenia de la depresión. La hipótesis que sostiene que una deficiencia en la transmisión sináptica serotoninérgica es uno de los factores subyacentes a la depresión, ha recibido un gran apoyo con la introducción de sustancias que inhiben la recaptura de serotonina, aumentando su

disponibilidad en el espacio intersináptico (V. *Antidepresivos*). / La **depresión infantil** es definida como un desorden afectivo caracterizado por la incapacidad del niño para establecer y mantener amistades, divertirse, concentrarse y mostrar reacciones emocionales normales. Los infantes deprimidos usualmente se encuentran cansados, extremadamente activos, o inactivos. Hablan poco, lloran mucho, duermen mucho o muy poco, pierden el apetito, disminuyen su rendimiento escolar, se ven tristes, se quejan de malestares físicos, se sienten terriblemente culpables, sufren una severa ansiedad de separación, y algunos piensan con frecuencia en la muerte o el suicidio. El tratamiento para este tipo de desorden depende de diversos factores, como la naturaleza del problema, la personalidad del niño, la voluntad de la familia de participar, la disponibilidad del tratamiento, los recursos de la familia, y usualmente, la orientación del primer profesional consultado. Puede incluir psicoterapia individual, terapia familiar, terapia comportamental (modificación del comportamiento), y/o terapia con medicamentos. / **Depresión post-parto**: aproximadamente el 20% de las madres que acaban de tener un bebé sufren de este tipo de depresión, que dura entre seis y ocho semanas después del parto. Estas madres tienden a ser punitivas, a considerar a sus bebés fastidiosos y difíciles de cuidar, y a sentir que sus vidas están fuera de control. Los bebés de madres deprimidas dejan de enviar señales emocionales e intentan consolarse ellos mismos con comportamientos como succionar o mecerse. Por algún tiempo los bebés intentarán restablecer la interacción, pero ante los fracasos repetidos, se valdrán de sus propios recursos. Si esta reacción defensiva se hace habitual, puede crear grandes problemas para los bebés, que sienten que no tienen poder para originar respuestas por parte de otras personas, que sus madres no son confiables, y que el mundo es poco seguro. Los bebés se vuelven tristes, no como reflejo de la depresión de su madre, sino como resultado de la interacción truncada. Estos infantes se encuentran menos motivados que otros para explorar su entorno, y tienden a procurar tareas poco desafiantes. Este ciclo puede explicar por qué los hijos de madres deprimidas están en riesgo de desarrollar disturbios cognitivos y emocionales. Cuando son infantes, tienden más a ser somnolientos, a mostrar tensión retorciéndose y a llorar con más frecuencia. Cuando son más grandes, tienden a involucrarse poco en juegos simbólicos. Más tarde en la vida su nivel de crecimiento es bajo, su desempeño en pruebas cognitivas es pobre, tienden más a sufrir accidentes, y tienen más problemas de comportamiento que usualmente permanecen hasta la adolescencia. / El modelo cognitivo de la depresión asume que la cognición, el comportamiento y la bioquímica son todos componentes importantes de los desórdenes depresivos. La investigación científica cognitiva hace énfasis en la importancia del procesamiento de la información en la sintomatología depresiva. De acuerdo con esta teoría, las cogniciones prejuiciadas, sesgadas o inclinadas negativamente son un proceso central en la depresión. Este proceso se refleja en la triada cognitiva de la depresión: las personas deprimidas típicamente tienen una visión negativa de sí mismas, su entorno y el futuro. Se ven a sí mismas como despreciables, torpes, poco amadas y deficientes; tienden a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Ven su entorno como aplastante, con obstáculos insuperables y como resultado de fallas y derrotas continuas. Igualmente, ven el futuro como desesperanzador; creen que sus esfuerzos no serán suficientes para cambiar el poco satisfactorio curso de su vida. Esta visión negativa usualmente conduce a ideaciones suicidas e

D

incluso intentos reales de suicidio. Las personas deprimidas consistentemente distorsionan sus interpretaciones de los eventos de manera que mantienen una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro. Estas distorsiones representan desviaciones de los procesos lógicos de pensamiento usados típicamente por las personas. El modelo cognitivo plantea la existencia de factores de predisposición para muchas personas deprimidas: los esquemas tempranos, que son estructuras cognitivas para el monitoreo, codificación y evaluación de los estímulos que llegan al organismo. A partir de éstos, el individuo está en capacidad de orientarse en relación con el mundo, y de categorizar e interpretar experiencias de manera significativa (V. *Esquema*). El instrumento más utilizado para la evaluación de la depresión es el Inventario de Depresión de Beck.

Desarrollo. (Psi. del dllo.) Aparición de formas, de función y de conducta que son el resultado de intercambios entre el organismo, de una parte, y el medio interno y externo de la otra. / Conjunto de procesos de maduración y aprendizaje mediante los cuales el organismo cumple su ciclo vital, actualizando sus potencialidades. Está constituido por cambios cuantitativos, como el cambio en la estatura y el peso, y cambios cualitativos, que son aquellos que se dan en la estructura, tipo u organización de aspectos como la inteligencia, el habla, el afecto, etc. En algunos sentidos, las personas muestran una continuidad subyacente, o consistencia, de una etapa de la vida a otra. En otros sentidos, se dan cambios importantes. A lo largo del desarrollo del ser humano se va gestando una diversidad de cambios de tipo físico (corporales, cerebrales, de capacidades sensoriales y motoras, etc.), intelectual (capacidades y habilidades mentales como aprendizaje, memoria, razonamiento, pensamiento y lenguaje), social (relaciones con otras personas y con el mundo) y de la personalidad (la manera única de cada persona de tratar con el mundo y expresarse frente a éste). / **Desarrollo cognitivo**: en la teoría piagetiana, son los cambios en los procesos de pensamiento de los niños, que resultan en una capacidad creciente para adquirir y usar el conocimiento. Para Piaget, el desarrollo cognitivo se da en una serie de estadios o etapas. En cada etapa se desarrolla una nueva manera de pensar y con ella, de responder al mundo. Así, cada etapa constituye un cambio cualitativo de un tipo de pensamiento o comportamiento a otro. Cada estadio se construye sobre el anterior y constituye la base para el que le sigue. Las **etapas** del desarrollo cognitivo son: etapa sensoriomotriz, etapa preoperacional, etapa de las operaciones concretas, y etapa de las operaciones formales. El crecimiento cognitivo es un proceso de dos pasos a través de los cuales se toma nueva información sobre el mundo (asimilación) y se cambian las ideas propias para incluir el conocimiento nuevo (acomodación). Esto se logra a través de tres principios interrelacionados: organización, adaptación y equilibrio. Estos principios operan en todas las etapas del desarrollo y afectan todas las interacciones con el medio. / **Desarrollo comunal** (Psi. Soc. Com.): es el producto de la acción comunal; es la acción que se produce cuando la comunidad se hace cargo de sus problemas y se organiza para resolverlos, desarrollando sus propios recursos y potencialidades y utilizando también los extraños. /

Desarrollo moral. Los valores morales se desarrollan en un proceso racional que coincide con el crecimiento cognitivo. Dos de los teóricos más influyentes con respecto al desarrollo del razonamiento moral fueron Jean Piaget y Lawrence Kohlberg. Sostenían que los niños no pueden emitir juicios morales hasta que no hayan superado el pensamiento egocéntrico, y hayan alcanzado un cierto

nivel de madurez cognitiva (V. *Moral autónoma*, *Moral heterónoma*, *Moral preconvencional* y *Moral postconvencional*). Con respecto a la adultez, la experiencia conduce a las personas a reevaluar sus criterios para juzgar lo que es correcto y justo. Las experiencias que promueven este cambio usualmente están acompañadas de alguna emoción, lo que activa el repensar las cosas de una manera que las discusiones impersonales e hipotéticas no pueden hacerlo. De acuerdo con Kohlberg, la conciencia cognitiva de los máximos principios morales se desarrolla en la adolescencia, pero la mayoría de las personas no se comprometen con dichos principios sino hasta la adultez, cuando las crisis y momentos cruciales giran alrededor de asuntos morales. / **Desarrollo motor**: los neonatos, aunque se mueven bastante (chupan sus dedos, mueven sus brazos y piernas, etc.) no tienen ningún control consciente sobre sus movimientos. Hacia el cuarto mes de vida tienen lugar movimientos voluntarios dirigidos corticalmente. El control motor (habilidad para moverse deliberadamente y con precisión), se desarrolla rápida y continuamente durante los tres primeros años, a medida que los bebés comienzan a usar conscientemente las partes de su cuerpo (v. *Infancia*). El orden en que adquieren este control sigue los tres principios del desarrollo: cefalocaudal, proximodistal y simple-complejo. Con respecto al control de la cabeza, se sabe que al nacer, la mayoría de los bebés pueden girar su cabeza de lado a lado, mientras están acostados. Cuando se encuentran boca abajo, muchos de ellos pueden levantar la cabeza lo suficiente como para poder girarla. Hacia los cuatro meses, casi todos los infantes pueden mantener su cabeza erecta mientras son sostenidos cuando están sentados. En referencia al control de las manos, se sabe que los neonatos tienen el reflejo de agarre. Si la palma de un infante es acariciada, el bebé automáticamente cierra su mano firmemente. Hacia los tres meses y medio, la mayoría de los infantes puede asir un objeto de tamaño moderado, aunque tiene problemas cogiendo un objeto pequeño. Posteriormente los infantes logran asir objetos con una mano y trasladarlos a la otra, y sostener (aunque no levantar) objetos pequeños. Entre los siete y los once meses, sus manos se vuelven más coordinadas, lo suficiente como para levantar objetos pequeños como una alverja, en un movimiento de pinza. Después de esto, el control de la mano se hace cada vez más preciso. Hacia los catorce meses, el bebé promedio puede construir una torre de dos cubos. En lo que tiene que ver con la locomoción, los bebés pueden sentarse ya sea levantándose desde una posición inclinada, o cayéndose cuando están en pie. El bebé promedio puede estar sentado sin apoyo hacia los cinco o seis meses, y puede sentarse sin ayuda dos meses después. Hacia los seis meses, la mayoría de los bebés comienza a moverse de manera autónoma, bajo su propio poder, de maneras primitivas (p.e. se deslizan sobre su barriga con la ayuda de sus brazos; caminan en sus cuatro miembros, con los pies y manos en el piso, etc.). Las implicaciones psicológicas de esta locomoción "auto-generada" se relacionan con la nueva comprensión de conceptos como "lejos" y "cerca", la imitación de comportamientos más complejos, y la manifestación de nuevos miedos. Todos estos cambios resultan de una gran reorganización del funcionamiento cerebral, iniciada por la nueva capacidad para gatear (v. *Gateo*). En la niñez temprana, entre los tres y los seis años los niños dan grandes pasos en lo que respecta a la motricidad fina y gruesa (v. *Motricidad fina* y *Motricidad gruesa*). / **Desarrollo prenatal**: se da en tres etapas: 1) Germinal: va desde la fertilización hasta las dos semanas de vida fetal. El organismo se divide, se hace más complejo y se implanta en la pared del útero. Dentro de las 36 horas después de la

fertilización, la célula entra en un periodo de rápida división celular. Mientras el huevo fertilizado se divide, se moviliza hacia el útero, en un período de tres o cuatro días. Se desarrollan la placenta, el cordón umbilical y el saco amniótico; 2) Embrional: va de las dos a las ocho semanas. Se desarrollan los grandes sistemas corporales (nervioso, circulatorio, respiratorio, etc.) y sus órganos. Debido a su rápido crecimiento y desarrollo, el embrión es muy vulnerable a las influencias ambientales. Casi todos los defectos de desarrollo (como el paladar hendido, los miembros incompletos o faltantes, la ceguera y la sordera) ocurren durante los tres primeros meses del embarazo, que son críticos; y 3) Fetal: va desde las ocho hasta las doce semanas. En ésta, el embrión se convierte en feto. El bebé se voltea, dobla su cuerpo, coloca su mano en forma de puño, chupa su dedo, y responde a los sonidos, a las vibraciones y a las voces, mostrando que puede oír y sentir. Su cerebro continúa desarrollándose. / **Principios del desarrollo**: principios lógicos básicos del desarrollo, similares en todos los seres humanos: 1) Principio cefalocaudal. El desarrollo procede de la cabeza a las partes inferiores del cuerpo. Los bebés aprenden a usar las extremidades superiores antes que las inferiores; pueden ver objetos antes de lograr controlar su tronco, y pueden usar sus manos para asir objetos antes de caminar; 2) Principio proximodistal. El desarrollo procede de la parte central del cuerpo a la parte externa. La cabeza y el tronco del embrión se desarrollan antes que los miembros superiores e inferiores. Los bebés desarrollan primero la capacidad para usar los antebrazos y los muslos (más cercanos al eje central), para luego desarrollar sus brazos y pantorrillas, manos y pies, y finalmente dedos de las manos y de los pies; y 3) Principio simple-complejo. En la adquisición de todas las destrezas y capacidades, el ser humano progresa de lo simple a lo complejo. La maduración sigue un curso en apariencia predeterminado. Así por ejemplo, la mayoría de los bebés progresan de movimientos y actividades simples a unas más complicadas.

Descentración. (Psi. cogn.) Capacidad para tener en cuenta simultáneamente todos los aspectos de una situación, más que simplemente enfocarse en un solo aspecto de la misma. Es característico del pensamiento operacional (V. *Centración* y *Etapa de las operaciones concretas*).

Deseabilidad social. Tendencia de los sujetos a atribuirse a sí mismos ítems de personalidad socialmente deseables, y rechazar aquellos socialmente no deseables.

Desensibilización sistemática. (Psi. cogn-comp.) Desarrollada por Joseph Wolpe en los primeros años de la década del 50, es una terapia comportamental cuya premisa básica está en que una respuesta de miedo puede ser inhibida sustituyendo una actividad que sea antagónica a esta respuesta. Este proceso implica exponer a la persona, en pasos pequeños y graduados, a la situación u objeto temido a medida que lleva a cabo una actividad antagónica a la ansiedad. La exposición gradual al estímulo temido o evitado puede tomar lugar ya sea en las cogniciones o en la vida real. A este principio que subyace al proceso de desensibilización, Wolpe le dio el nombre de inhibición recíproca. Lo definió así: si puede hacerse que ocurra una respuesta inhibitoria de la ansiedad en la presencia del estímulo que la provoca, esta respuesta debilitará la conexión entre el estímulo y la respuesta de ansiedad. Hay tres fases esenciales para la desensibilización sistemática: 1) Entrenamiento en relajación: para éste, hay que ubicar a la persona en una posición cómoda en el lugar en el cual se llevará a cabo la desensibilización. Luego se le dan las instrucciones para llevar a cabo la relajación. Todo el procedimiento

usualmente toma entre 20 y 25 minutos; 2) Desarrollo de una jerarquía de ansiedad: durante la fase de relajación, el terapeuta debe comenzar a planificar una jerarquía de ansiedad con el paciente para cada uno de los miedos que necesita ser reducido. Una jerarquía usualmente se elabora con respecto al miedo o miedos que tanto paciente como terapeuta consideran necesario reducir durante o inmediatamente después del periodo inicial de diagnóstico y evaluación. Usualmente se entregan al paciente diez tarjetas en blanco en cada una de las cuales se le solicita que haga una breve descripción escrita de diferentes situaciones relacionadas con el miedo, y que le originan determinados niveles de ansiedad o tensión. A cada tarjeta se le asigna un número múltiplo de diez, hasta cien, de manera que la tarjeta con el número cien contiene la descripción de la situación que provoca la máxima ansiedad al paciente. El terapeuta también debe determinar una situación o escena que sea considerada por el paciente como la más relajante, que le sea fácil imaginar y que califique como cero dentro de la jerarquía (p.e. leer un buen libro antes de ir a dormir, nadar en una piscina, caminar en el campo); y 3) Desensibilización sistemática como tal: para esta fase, el paciente ya debe haber sido entrenado en relajación. Inicialmente el terapeuta hace que el paciente se relaje, luego le pide que visualice la primera escena de la jerarquía. Si el paciente se siente ansioso, el terapeuta presenta la escena relajante hasta que la persona deje de sentirse tensa. El procedimiento continúa hasta abarcar todos los ítems de la jerarquía. / Las variaciones técnicas del procedimiento de desensibilización estándar son: 1) Auxiliares mecánicos de la desensibilización sistemática: empleo de grabadoras en las cuales se colocan cintas de audio que contienen los ítems de jerarquías y las instrucciones para la relajación; 2) Desensibilización en grupo: si varios pacientes sufren de la misma fobia, es razonable esperar que, después de haber sido entrenados para relajarse, puedan ser desensibilizados simultáneamente, incluso si las inclinaciones de sus jerarquías no son idénticas, siempre y cuando el terapeuta se asegure que cada escena ha dejado de provocar respuesta de ansiedad en todos los pacientes antes de pasar a la escena siguiente; 3) Desensibilización en vivo: el paciente es expuesto a los ítems de la jerarquía en la situación real en vez de hacerlo a través de su imaginación. No se usa el entrenamiento en relajación como respuesta contra-condicionada a la situación temida. En vez de esto, el procedimiento se apoya en los sentimientos de seguridad, comodidad y confianza que el paciente ha desarrollado con el terapeuta dentro de la relación terapéutica; y 4) Desensibilización de contacto: en ésta se combinan elementos de la desensibilización y el modelamiento. El proceso se lleva a cabo exponiendo al paciente a cada paso de la jerarquía sólo después de haber sido demostrado/modelado por el terapeuta.

Deseo. Es la tendencia, el anhelo, la necesidad, la avidez, el apetito: es decir, toda forma de movimiento en dirección a un objeto cuya atracción espiritual, biológica o sexual es experimentada por la mente y/o el cuerpo. / (Psicoan.) Es la imagen mnémica de una determinada percepción permanece asociada a la huella mnémica de la excitación resultante de la necesidad. Al presentarse de nuevo esta necesidad, se producirá, en virtud de la ligazón establecida, una moción psíquica dirigida a recargar la imagen mnémica de dicha percepción e incluso a evocar ésta, es decir, a restablecer la situación de la primera satisfacción; a tal moción se le denomina deseo, y la reaparición de la percepción es el cumplimiento de deseo. La concepción freudiana del deseo se refiere fundamentalmente al deseo inconsciente, ligado a signos infantiles indestructibles.

D

Deseo sexual inhibido (hipoactivo). Trastorno del deseo sexual caracterizado por la disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica. Puede ser de toda la vida o adquirido, general o situacional, y debido a factores psicológicos o debido a factores combinados.

Desesperanza. Mantenimiento de una serie de expectativas negativas o pesimistas con respecto al presente y el futuro. / **Desesperanza aprendida:** cuando en forma repetida se presentan estímulos aversivos que el individuo no puede predecir ni controlar, se producen cambios sustanciales en el comportamiento. Cuando estas situaciones se presentan repetidamente, por lo general se asocian con la presencia de tensión emocional. Este modelo, propuesto por Seligman, se basa en la vinculación de los efectos desorganizadores de aprendizajes adquiridos a partir de atribuciones peculiares. El organismo actúa en función de experiencias previas y puede ocurrir que alguna lo desorganice lo bastante como para que su conducta se inhiba. Así, las personas que creen poder ejercer control sobre el entorno, cuando fracasan usando sus hipótesis, generalizan su desconfianza a otras situaciones, renunciando a un control del que realmente son capaces.

Desideologización. Construcción y reconstrucción de una conciencia integral, no fraccionada, mediante la cual se produce una comprensión del mundo en que se vive y de las circunstancias de vida, en lo que tiene de totalidad. Supone además el desarrollo de una perspectiva crítica a través del diálogo. Crítica en el sentido de que es reflexiva, analítica, observadora y problematizadora de las relaciones entre fenómenos y circunstancias, supuestas y aceptadas, y las somete al examen y a la discusión que permiten integrar juicio y hechos (V. *Concientización*).

Desnaturalización. Proceso que se da tras la problematización de la realidad: al cuestionar el carácter esencial y natural adjudicado a ciertos hechos o relaciones, se revelan sus contradicciones, así como su carácter ligado a intereses sociales o políticos y sus limitaciones respecto de la capacidad de avanzar o de superar situaciones negativas o limitantes (V. *Problematización*).

Desorden de ansiedad generalizada. Desorden de ansiedad caracterizado por una preocupación excesiva que no es específica de una situación, pero que es generalizada a una variedad de situaciones y no está relacionada con ninguna situación o condición de estrés identificable. Los niños con este desorden usualmente se preocupan por lo adecuado de su comportamiento. Se preocupan por lo que los otros pueden pensar de su conducta y constantemente necesitan generar confianza en sí mismos. También se quejan por la presencia de malestar físico (p.e. mareo, falta de aire, dolor de cabeza) y se avergüenzan fácilmente. Presentan ansiedad persistente e incapacidad para relajarse.

Desorden de ansiedad por separación. Es uno de los trastornos de ansiedad que pueden darse en la niñez, incluso desde los dos años y medio de edad. Es una condición que implica ansiedad excesiva con duración de por lo menos dos semanas, relacionada con la separación de las personas a las cuales el niño se encuentra vinculado. En estos niños se generan preocupaciones exageradas e irreales: creen que serán separados de sus figuras de apego más importantes. Por lo tanto, pueden expresar rechazo o aversión a dormir solos, a ir al colegio, la casa de sus compañeros de colegio, a hacer diligencias o ir al colegio o a pa-

seos; se aferran y siguen sin descanso a sus padres dentro de la casa; y se quejan de dolores de estómago y de cabeza, náuseas, y vómito antes de o durante la separación. Esta ansiedad excesiva, que puede alcanzar proporciones de pánico, es evidente aún cuando el niño simplemente considera o anticipa la separación. Esta condición es muy diferente a la ansiedad de separación normal que muestran los niños en el primer o segundo año de vida (V. *Ansiedad*).

Desorden de evitación. Desorden de ansiedad caracterizado por la evitación persistente y excesiva del contacto con extraños, lo suficientemente severa como para alterar el funcionamiento social, acompañada de un deseo expreso de aceptación social. Los niños con este desorden tienden a tener relaciones interpersonales satisfactorias con los miembros de su familia pero no con sus pares. Tienden a ser tímidos, retraídos, se avergüenzan fácilmente y pueden sentirse aislados y deprimidos. Estos niños evitan la interacción con sus pares aún a pesar de parecer interesados en el establecimiento de relaciones sociales.

Desorden de pánico. Condición caracterizada por ataques repentinos e inesperados de terror intenso. Se cree que la causa de este desorden está en desbalances químicos en el cerebro y en la predisposición genética. Los episodios de terror intenso que viven las personas con este desorden incluyen muchos de los siguientes síntomas físicos: temblores, sensación de miembros dormidos, náuseas, dolor de estómago, aumento de la frecuencia cardíaca, presión en el pecho, sensación de ahogo, hiperventilación, mareo, desmayos, sudoración excesiva y temor de morir o enloquecer. Dado que las señales internas de miedo (p.e. sensaciones corporales) pueden intensificarse en función de la ansiedad y el miedo, la experiencia emocional tiende a construirse sobre sí misma. Además, las señales internas de miedo tienden a ser menos predecibles y es más difícil huir de ellas que de los objetos o situaciones fóbicas. Consecuentemente, estas señales pueden disparar un miedo más abrupto y menos predecible, lo que a su vez conduce a una ansiedad anticipatoria mayor con respecto a la recurrencia del miedo. La anticipación ansiosa del pánico incrementa la posibilidad de su ocurrencia, dado que la excitación ansiosa incrementa la disponibilidad de sensaciones excitatorias que se han convertido en señales condicionadas para el pánico, en adición al grado creciente de atención vigilante ante dichas señales. Por esto, se establece un ciclo entre el pánico y una aprehensión ansiosa sobre éste.

Desórdenes fóbicos. V. *Fobia*.

Desórdenes inducidos por alucinógenos. Son: intoxicación por alucinógenos, trastorno perceptivo alucinatorio persistente (*flashbacks*) por alucinógenos, delirio alucinatorio por intoxicación con alucinógenos, trastorno psicótico inducido por el uso de alucinógenos (con ideas delirantes o con alucinaciones), trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos, trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos, disfunción sexual inducida por alucinógenos y trastorno no especificado relacionado con alucinógenos.

Desorientación alopsíquica. Desconocimiento de la persona respecto de su ubicación en el tiempo y en el espacio (p.e. no sabe en qué día, mes o año está, o cree estar en otra época -desorientación temporal-). Además, puede no saber en qué lugar está, creer estar en otro lugar, etc. (desorientación espacial).

Desorientación autopsíquica. Desconocimiento de la persona respecto de sí misma (p.e. no sabe quién es, o cree ser algo diferente, no reconoce familiares, etc.).

Despersonalización. (Psicoan.) Es una de las entidades secundarias de las neurosis actuales o actualneurosis. El efecto esencial es de perplejidad. El paciente siente un cambio profundo y extraño en sí mismo y en el mundo que lo rodea (desrealización). La persona afectada siente el mundo plano, los colores parecen haber perdido su tonalidad y fuerza, casi como si el mundo careciera de aristas y de tercera dimensión que permitan asirlo. Se encuentra en una amplia gama de cuadros, e incluye la reacción adaptativa de la adolescencia, la histeria de disociación, la regresión inducida por el análisis o la hipnosis, los estados intermedios entre sueño y vigilia, los síndromes mentales orgánicos, y en su expresión más dramática, se manifiesta en el comienzo de la esquizofrenia.

Desplazamiento. V. *Proceso primario*.

Desrealización. Percepción alterada e irreal en tiempo o espacio de cosas y objetos a nuestro alrededor.

Devolución sistemática. Procedimiento dialógico que implica que el conocimiento producido tanto por los agentes externos como por los internos es objeto explícito de reflexión y discusión conjunta, incorporando así el saber popular al conocimiento psicológico e informando a las personas de la comunidad sobre lo hecho por los agentes externos en el trabajo llevado a cabo.

Diagnóstico. Juicio médico sobre la naturaleza de la enfermedad o lesión de un paciente basado en la valoración de sus síntomas y signos. / En psicología organizacional, consiste en la explicitación de una hipótesis acerca del acontecer de la organización y sus causas determinantes. Incluye en general un pronóstico de lo que puede suceder, tanto si no se hace nada, como si se resuelve intervenir. Es el diagnóstico el que identifica las distintas racionalidades en conflicto y la manera en que ellas se subrogan a la racionalidad dominante. Igualmente, a través de éste se hacen consideraciones acerca de la dialéctica instituido-instituyente, y de la contradicción necesidad-satisfacción. / **Diagnóstico diferencial**: relación de enfermedades que pueden ser las causantes de los síntomas y signos que sufre un paciente, una vez que se ha realizado la evaluación y antes o después de obtener pruebas diagnósticas complementarias. También se refiere a la argumentación del profesional sobre la mayor o menor probabilidad de sufrir unas u otras enfermedades ante el cuadro clínico del paciente; se suele dejar constancia escrita en la historia clínica, como juicio diagnóstico, con el fin de orientar las pruebas complementarias que deben realizarse hasta el diagnóstico de certeza.

Diario de campo. Técnica utilizada en la investigación cualitativa. Se caracteriza por: su extensión (presenta extensas y detalladas descripciones, escritas de manera cuidadosa pero espontánea); puede no seguir un orden cronológico y estar más bien organizado en función de temas o problemas de investigación, o de categorías teóricas o metodológicas; combina rigurosas observaciones de campo con análisis e interpretaciones de los hechos que ellas presentan o ilustran, y sus relaciones con aspectos teóricos; suele escribirse al final de la jornada de trabajo en la investigación, cuando se lo puede hacer con cuidado y detenimiento, narrando lo que se ha observado, reconstruyendo esas impresiones a partir de las notas de campo (v. *Anotaciones de campo*), los materiales secundarios y las técnicas empleadas para obtener datos.

Diferenciación. Transformación a partir de una condición más general y homogénea hasta otra más especial y heterogénea. Dondequiera que se da desarrollo, procede de un estado de relativa globalidad y carencia de diferenciación hasta un estado de mayor diferenciación, articulación y orden jerárquico.

Dinámica de grupos. Conjunto de conocimientos teóricos y de herramientas en forma de técnicas grupales que permiten conocer al grupo, la forma de manejarlo, aumentar su productividad y afianzar las relaciones internas, y aumentar la satisfacción de los que lo componen. / Fenómenos psicosociales que se producen en los grupos humanos y las leyes que los rigen. En este sentido, puede ser entendida como teoría de la interacción humana en los grupos sociales. / Rama de la Psicología o de las ciencias sociales que se interroga acerca del comportamiento de los grupos humanos y de las personas que los integran. Emplea, para convertirse en ciencia, todos los instrumentos a su alcance, muchos de ellos tomados de otras disciplinas (Psicología Social, Sociología, Antropología, Pedagogía, entre otras). Su objeto de estudio son los grupos pequeños, en donde aplica su propia perspectiva, interesándose por los fenómenos psicosociales que ocurren en aquellos. Los métodos de investigación más importantes parten del dispositivo de "grupo cara a cara", a partir del cual se desarrollan técnicas e instrumentos variados, dependiendo de las escuelas que participan del campo, que van desde el Psicoanálisis y la Teoría del Campo hasta el behaviorismo norteamericano. Como en toda disciplina, se formulan hipótesis y se elaboran principios generales y teorías con las cuales la dinámica de grupos intenta abordar la comprensión de grupos más numerosos y de la sociedad en su conjunto.

Disartria. V. *Afasia*.

Disavowal. V. *Renegación*.

Discinesias. Es un tipo de alteración del sistema extrapiramidal (movimiento anormal). Son movimientos lentos, repetitivos, constantes de la región oral, de la lengua o del miembro superior. Hay una forma de discinesia que se asocia a la utilización de drogas antipsicóticas y se conoce con el nombre de discinesia tardía; puede ser incapacitante y es de difícil manejo.

Discriminación. (Psi. cond.) Proceso por el cual los organismos responden en forma diferente ante distintas situaciones. Este proceso depende de dos condiciones fundamentales: primero, la capacidad biológica de percepción del individuo; segundo, del control que ejercen las contingencias sobre el comportamiento de esa situación particular. / Situación en la que una *persona* o *grupo* es tratada de forma desfavorable a causa de prejuicios, generalmente por pertenecer a una categoría social distinta (raza, religión, orientación sexual, discapacidad, etc). / Conjunto de acciones voluntarias y repetidas, que forman un patrón de conducta claro por parte de una o más personas en contra de una o más personas, que son directamente maltratadas o excluidas por causas ajenas a las propias y naturales de la situación en la que se encuentran.

Discusión. En metodología de la investigación, es la reflexión que realiza el investigador en relación con las implicaciones que los datos obtenidos en su investigación tienen para su hipótesis.

Diseño. Plan de una investigación. / Relación clara y concisa de cada una de las etapas de una investigación; esto es, descripción de cómo se va a realizar una investigación. Consta de seis componentes básicos: propósito, enfoque, dimensión temporal, unidad de análisis, recolección de datos y tratamiento de datos. / **Diseño AB**: plan de investigación experimental con un sólo sujeto (N=1) en el que la secuencia es: línea base-tratamiento. / **Diseño ABAB**: plan de investigación experimental con N=1 en el que la secuencia es: línea base-tratamiento-retirada del tratamiento-tratamiento. / **Diseño de línea de base múltiple**: plan experimental donde varias conductas se registran simultáneamente y donde se interviene con el mismo

tratamiento de forma escalonada. Este diseño es una extensión del AB, donde no puede realizarse una retirada del tratamiento. / **Diseño de vuelta atrás**: plan de investigación experimental con N=1 en el que se produce alguna retirada del tratamiento, esperándose que la conducta vuelva a ser como era en la línea base-atrás. / **Diseño factorial**: plan de investigación con más de una VI (Variable Independiente) en el que se crean tantos grupos como combinaciones de los niveles de las VIs.

Disfunción sexual inducida por sustancias psicoactivas. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que el trastorno sexual se explica en su totalidad por el consumo de sustancias. Los síntomas aparecen durante o en los 30 días siguientes a la intoxicación por la sustancia y el consumo del medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración. Los síntomas preceden al inicio del consumo o la dependencia de la sustancia (o consumo de fármacos); persisten durante un tiempo sustancial (p. e. un mes) después de haber finalizado la intoxicación, o son excesivos en relación con lo que cabría esperar, dados el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo. Puede presentarse con alteración del deseo, con alteración de la excitación, con alteración del orgasmo o con dolor sexual.

Disfunciones sexuales debidas a condición médica general. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales como rasgos clínicos predominantes. A partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio la disfunción sexual se explica en su totalidad por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Se clasifican en: deseo sexual inhibido (hipoactivo) en la mujer debido a una condición médica general (el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente); deseo sexual masculino hipoactivo debido a una condición médica general (el rasgo predominante es un deseo sexual deficiente o ausente); trastorno de la función de erección en el hombre debido a una condición médica general (la disfunción eréctil masculina es el rasgo predominante); dispareunia femenina debida a una condición médica general (el rasgo predominante es el dolor asociado al coito); dispareunia masculina debida a una condición médica general (el rasgo predominante es el dolor asociado al coito); otros trastornos sexuales femeninos debidos a una condición médica general (predomina otro síntoma, p. e. trastorno orgásmico o no predomina ninguno); otros trastornos sexuales masculinos debidos a una condición médica general (predomina otro síntoma, p. e. trastorno orgásmico o no predomina ninguno).

Dislexia. Desorden del desarrollo en el cual el niño comienza a leer por lo menos dos años por debajo del nivel esperado. / Discapacidad del aprendizaje que implica la incapacidad para aprender a leer, o la dificultad para hacerlo. Los niños disléxicos usualmente confunden arriba y abajo, derecha e izquierda; igualmente, trasponen el orden de las letras dentro de las palabras (p.e. leen *sol* en lugar de *los*), y trasponen la *b* por la *d*, por ejemplo. Tienen problemas con las matemáticas y con la lectura. En la mayoría de los casos, este problema no es causado por dificultades en la visión, aunque nuevas investigaciones sugieren que en algunos casos la dislexia puede ser causada por un defecto en la vía entre los ojos y el cerebro. El problema de lectura es parte de una alteración generalizada del lenguaje. Los niños disléxicos comienzan a hablar tarde, sufren sutiles déficits en el lenguaje escrito y

hablado, y tienen una memoria limitada para los materiales verbales.

Disociación. (Psicoan.) Es uno de los mecanismos de defensa. Tiene varias connotaciones: 1) Se refiere a un grupo de mecanismos inconscientes de defensa, a través de los cuales la personalidad se divide en partes que no se vivencian como relacionadas entre sí, que se alternan para representar el todo durante períodos breves y que se encuentran dentro de los síntomas de la histeria de disociación; 2) Se relaciona con grupos de maniobras defensivas inconscientes, a través de las cuales se separan una idea, un objeto o una situación entre sí, o del afecto que les corresponde. En el obsesivo, a esta disociación se la llama aislamiento y constituye la defensa básica mediante la cual siente el afecto pero reprime la idea, conserva el concepto pero reprime la emoción o, a pesar de tenerlos ambos conscientes, no consigue ligarlos; y 3) Freud se refiere a la disociación-escisión (*splitting*) del yo en los procesos defensivos. Ejemplo: el fetichista que, a través de la renegación (*disavowal*) y el desplazamiento, consigue negar, a un nivel, que la mujer carece de pene (lo cual constituiría una amenaza de castración para él mismo), en tanto que lo acepta a otro nivel. El fetichista efectúa esta manipulación defensiva sin fracturar masivamente su personalidad, como sí ocurre en la disociación más grave del esquizofrénico. Freud, al plantear la disociación pone el acento en el yo, lo cual, por supuesto, implica objetos, en tanto que el énfasis en la escición, estudiada por Klein, está ubicado en el objeto, lo que necesariamente involucra las funciones del yo. / **Disociación madona-prostituta**: Freud lo explica como un fenómeno clínico en el cual el hombre no puede integrar las corrientes de afecto cariñoso y de sexualidad que se han divorciado durante el edipo. De esta forma puede desear como objeto sexual solamente a una mujer que, de una u otra forma, siente como denigrada, en tanto que la novia o la esposa se convierten en objetos idealizados que recuerdan a la figura materna y, por consiguiente, deben ser admiradas y "respetadas" a distancia. El truco agresivo reside en que a esta mujer idealizada se le niegan las características de instintividad y vida emocional.

Disomnias. Trastorno primario del sueño que se manifiestan por disminución o aumento de la cantidad de éste (V. *Hipersomnia*, *Insomnio primario*, *Narcolepsia*, *Trastorno de sueño relacionado con problemas respiratorios* y *Trastorno del sueño por ritmo circadiano*).

Disonancia cognitiva. Teoría formulada por León Festinger, según la cual hay una propensión a producir relaciones consonantes y a evitar la disonancia entre las propias actitudes o conductas. Consiste en una incongruencia en las creencias, pensamientos y acciones de una persona, lo que produce un estado de tensión desagradable que motiva a la persona a buscar que éstos encajen de alguna manera (reducción de la disonancia).

Dispareunia. Trastorno sexual caracterizado por la presencia de dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual, tanto en varones como en mujeres. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales y no es debida únicamente a vaginismo o a falta de lubricación; tampoco se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica. Puede ser de toda la vida o adquirido, general o situacional, y debido a factores psicológicos o debido a factores combinados.

Disposición. También denominada rasgo, es, según Allport, una estructura neu-

ropsicológica generalizada (peculiar del individuo), con la capacidad de interpretar y manejar muchos estímulos funcionalmente equivalentes, y de iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) con un comportamiento adaptativo y estilístico. Una disposición personal produce equivalencias en función y significado entre varias percepciones, creencias, sentimientos y acciones que no son necesariamente equivalentes al mundo natural o a la mente de cualquier otro. Las disposiciones o rasgos son concretos, fácilmente reconocibles y consistentes en nuestro comportamiento. Allport habla de: 1) **Rasgos o disposiciones centrales**: son la piedra angular de la personalidad. Cuando se describe a alguien, con frecuencia se usan palabras que se referirán a los siguientes rasgos centrales: listo, tonto, salvaje, tímido, chismoso. Según Allport, la mayoría de las personas tienen entre cinco y diez de estos rasgos; 2) **Rasgos o disposiciones secundarias**: aquellos que no son tan obvios, tan generales o tan consistentes. Las preferencias, las actitudes, los rasgos situacionales, son todos secundarios (p.e. "él se pone furioso cuando intentas hacerle cosquillas"; "ella tiene unas preferencias sexuales inusuales"; o "a este no se le puede llevar a restaurantes"); 3) **Rasgos o disposiciones cardinales**: aquellos rasgos que tienen algunas personas que prácticamente definen sus vidas. Con frecuencia se usan personajes históricos específicos para nombrar estos rasgos cardinales (p.e. Juana de Arco, heroica y sacrificada; Madre Teresa, servicio religioso; Maquiavelo, crueldad política). Relativamente pocas personas desarrollan un rasgo cardinal y si lo hacen, es en un período bastante tardío en la vida. / Según Jung, las disposiciones o actitudes son tendencias innatas para percibir y actuar con el exterior o ambiente (objeto). Existen dos disposiciones: la **extraversión** y la **introversión**. En la primera, el interés y la libido están dirigidos hacia el ambiente; en la segunda, el interés y la libido están orientadas hacia el interior del individuo (sujeto). Ambas tendencias se encuentran en todas las personas, pero sólo una se desarrolla y se expresa más que la otra, pasando a dominar el lado consciente de la estructura psíquica, mientras que la otra prevalece en menor grado permaneciendo en el inconsciente, pudiéndose expresar en ciertas conductas, como por ejemplo, el caso de un extravertido que interesado por socializar con sus amigos emite a la vez opiniones con falta de tacto que lo alejan de los mismos (V. *Extraversión* e *Introversión*).

Dispraxia. Discapacidad comunicativa; trastorno en el desarrollo del sistema nervioso central que afecta la adquisición del lenguaje. / Desorden expresivo, de origen neurológico, que interfiere con la producción de los sonidos del habla y su secuencialización en sílabas o palabras. Es ocasionado por una lesión o una falta de desarrollo en la zona motora del cerebro encargada de la programación de los movimientos de los órganos articuladores.

Distimia. Trastorno del estado de ánimo caracterizado por un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año. Se presentan síntomas como pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica, y causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Es de inicio temprano si surge antes de los 21 años y de inicio tardío si surge a los 21 años o con posterioridad.

Distonías. Movimientos anormales causados por enfermedades del sistema extrapiramidal. Se caracterizan por contracciones prolongadas de un músculo o grupo muscular. Las más conocidas son: "el calambre del escribano", que consiste en que la persona cada vez que intenta escribir, hace una contractura prolongada de la mano que no le permite seguirla utilizando. También se describen distonías en otras ocupaciones, especialmente en los músicos (distonías del pianista, del guitarrista, del violinista). En ellas la persona presenta inicialmente el trastorno sólo cuando va a utilizar la mano en su actividad. Tiene entonces un calambre o contractura distónica. Si continúa realizando el mismo oficio, la distonía puede volverse permanente. Otros tipos de movimientos anormales son el blefaroplasmo (contracturas de los músculos orbiculares que llevan a un cierre involuntario y prolongado de los párpados), la distonía muscular deformante (los músculos del tronco mantienen unas posturas en torsión que llevan a la hipertrofia de algunos músculos y a una severa limitación) y los tics.

Distorsión cognitiva. Error en el procesamiento de la información derivado de los esquemas cognitivos o supuestos personales. Beck identifica los siguientes errores o distorsiones cognitivas: 1) **Inferencia arbitraria**: se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria; 2) **Abstracción selectiva**: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia con base en ese detalle; 3) **Sobregeneralización**: se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí; 4) **Maximización y minimización**: se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado con base en la evidencia real; 5) **Personalización**: se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello; 6) **Pensamiento dicotómico o polarización**: se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Divalencia. V. *Escisión*.

Documentos secundarios. En la investigación cualitativa, se llama así a los documentos escritos de carácter público o privado que contienen información concerniente a la situación o fenómeno estudiado. También son conocidos como fuentes secundarias, puesto que la información no emana directamente de las personas participantes en la investigación. Incluyen los informes escritos y minutas o actas de reuniones sobre el aspecto o situación que se está investigando; las cartas que los participantes puedan haber conservado en las cuales se habla del tema o que se refieren a antecedentes del mismo; registros fotográficos o filmados; y las noticias o publicaciones de prensa, principalmente. Implica consultar archivos y registros institucionales y también fuentes hemerográficas.

Dolor. Experiencia sensorial y emocional no placentera que se asocia con daño real o potencial a órganos o tejidos. / Percepción de estimulación nociceptiva. Puede ser adaptativo. Deja de serlo cuando está fuera de proporción con respecto a la situación y restringe la capacidad de una persona de tener una vida productiva, significativa y funcional. Las clases de dolor son: 1) **Agudo**: vinculado a la nociocepción, tiene una sola causa y se constituye como una alerta temporal de daño físico o enfermedad. Puede llegar a convertirse en

D

dolor crónico, y se refiere a un dolor biológicamente apropiado, necesario y alerta de signos que indican daño de tejido o disfunción fisiológica. Es originado en el sistema nervioso periférico, desaparece con tratamiento y persiste durante el afrontamiento del daño y la recuperación; y 2) **Crónico**: produce un incalculable sufrimiento personal y familiar puesto que el dolor persiste sin que haya evidencia clara de daño de tejido, esto es, por mucho más tiempo que el requerido para la recuperación (tres meses). Puede ser causado por diversos factores, es manejado por mecanismos del SNC y generalmente es producido por anormalidades en el sistema cerebral. Da lugar a comportamientos de sufrimiento, referidos a respuestas emocionales a la nociocepción, y a comportamientos de dolor, referidos a comportamientos observables asociados con el dolor o con el sufrimiento (p.e. quejidos, irritabilidad, evitación de actividades). El tratamiento del dolor crónico se centra en los comportamientos de sufrimiento y dolor más que en si la persona realmente está sintiendo dolor. El énfasis está en trabajar con el dolor, sin permitir que éste incapacite a la persona, permitiendo que sea manejado apropiadamente. / El dolor es considerado como una sensación o experiencia, no una emoción como tal. Sin embargo, su papel está ligado a causas o resultados de emociones. Las experiencias emocionales pueden ser dolorosas, y de la misma manera el dolor físico intenso dispara diversas emociones. Los factores emocionales del dolor incluyen todos los estados emocionales que acompañan esta experiencia, lo mismo que sus efectos en la propia vida. Las emociones son traídas automáticamente por el dolor y hacen parte de esta experiencia. Su contenido depende en parte del significado que se le da al dolor en términos de sus implicaciones para la persona. Otro aspecto importante son los factores cognitivos que incluyen el ser consciente del dolor, los factores atencionales, la memoria del dolor, las habilidades de afrontamiento y las experiencias, expectativas y atribuciones relacionadas con éste. / **Dolor somatoforme**: trastorno somatoforme cuyo síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio). Este trastorno clasifica como: 1) Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos: se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay una enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización; 2) Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica: tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. Ambos tipos de trastornos se pueden clasificar como: agudo, si su duración es menor a seis meses; o crónico, si su duración es igual o superior a seis meses. / Entre los instrumentos para la evaluación del dolor se encuentran las *Escalas de Medición del Dolor* de Katz y Melzak y el *Cuestionario de Dolor* de McGuill.

Dopamina. Neurotransmisor inhibitorio derivado de la tirosina, que se encuen-

tra en los ganglios basales y en el *corpus striatum*. Como mensajero químico, es similar a la adrenalina. Afecta los procesos cerebrales que controlan el movimiento, las respuestas emocionales y la capacidad de experimentar placer y dolor. La regulación de la dopamina juega un rol crucial en la salud física y mental. Las neuronas que contienen este neurotransmisor se encuentran en un área del cerebro llamada *substantia nigra*. **En la enfermedad de** Parkinson, las neuronas que transmiten la dopamina en esta área mueren. De igual manera, es uno de los neurotransmisores que juega un papel importante en las adicciones.

Drogadicción. También llamada dependencia de sustancias o drogodependencia (V. *Dependencia*), es una enfermedad que dañando el organismo y la mente de la persona, trasciende sus límites, para invadir y propagarse a los otros individuos de su medio, mediante la interacción social. El drogadicto no sólo se autodestruye, sino que también ataca y destruye su entorno ocasionando situaciones violentas y deterioro de los vínculos familiares. Se han realizado experimentos que demuestran que existen estructuras cerebrales, con un funcionamiento específico, que pueden justificar la conducta adictiva. Esto implica que existen una serie de cambios a nivel químico que estimulan la producción de ciertos neurotransmisores que podrían generar o aumentar la necesidad de consumir algún tipo de droga. La adicción a las drogas puede tener su origen en la concurrencia de por lo menos dos de los siguientes factores: un agente exterior, que sería la droga, un medio facilitador, que podría ser el medio sociocultural, y una persona cuya estructura de carácter lo haga vulnerable, ya sea de manera permanente o momentánea, a causa de crisis de diversa índole. / Cualquier sustancia que se introduce al organismo, sea un alimento o una droga ilegal, promueve todo un proceso a nivel molecular, bioquímico y eléctrico. Por el flujo sanguíneo todos estos cambios llegan al cerebro y generan reacciones tanto internas como externas. Los cambios cerebrales pueden generar conductas adictivas. Independientemente del tipo de droga, se ha considerado que ambas sustancias generan cambios en la producción de dopamina, que es un neurotransmisor y, como consecuencia, vuelven adicta a la persona. La dopamina se asocia con placer y elevación. De esta manera, las drogas se convierten en las principales productoras de placer afectando los niveles normales de dopamina. Las personas con bajos niveles de dopamina, carentes de afecto y con problemas de interrelación, inconscientemente, buscan aumentar la concentración de este neurotransmisor con la finalidad de sentir placer. Cuando no logran entablar relaciones emotivas, encuentran en las drogas aquellas sensaciones que no lograron satisfacer de manera sana.

DSM. Abreviatura de *Diagnostic and Statistical Manual* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), clasificación oficial de la Asociación Psiquiátrica Americana. Es una herramienta que provee a los clínicos e investigadores un marco de trabajo para hacer un diagnóstico de las condiciones mentales, médicas y psicosociales presentadas por individuos dentro de una variedad de ejes diagnósticos. Su prioridad ha sido proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Utiliza la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, siendo un manual práctico y de utilidad para los clínicos. Otro de sus objetivos es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores. Intenta así mismo servir de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recolección de datos en la información clínica hasta ahora vigente. Una nomenclatura oficial es necesaria

en una amplia diversidad de contextos. Este manual es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación. Lo usan psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación y otros muchos profesionales de la salud. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo. La clasificación multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al profesional en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes: Eje I - Trastornos clínicos y Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica; Eje II - Trastornos de la personalidad y Retraso mental; Eje III - Enfermedades médicas; Eje IV- Problemas psicosociales y ambientales; y Eje V - Evaluación de la actividad global. El Eje I define los trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser de atención clínica. Describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de personalidad y el retraso mental. También se anotan otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica. El Eje II incluye los trastornos de personalidad y los retrasos mentales. También pueden utilizarse para hacer constar mecanismos de defensas y características desadaptativas de la personalidad. Este eje puede utilizarse, también, para indicar características desadaptativas de la personalidad que no cumplen los mínimos necesarios para que sea un trastorno de la personalidad, como también mecanismo de defensa desadaptativos (en ambos casos no debe utilizarse ningún número de código). En el Eje III se incluyen las enfermedades médicas actuales que son relevantes para la comprensión o el abordaje del trastorno mental del sujeto. La distinción entre los Ejes I, II y III no implica que existan diferencias fundamentales en su conceptualización, ni que los trastornos mentales dejen de tener relación con factores o procesos físicos o biológicos, ni que las enfermedades médicas dejen de tener relación con factores mentales o psicológicos. La razón para distinguir enfermedades médicas es la de alentar minuciosamente la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud. Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos puede ser causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales. En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento o el pronóstico de los trastornos mentales. Un problema psicosocial o ambiental pueden ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad ambiental, un estrés ambiental o insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales. Los denominados estresantes positivos deben hacerse constar sólo si constituyen un problema como cuando una persona tiene dificultades para adaptarse a situaciones nuevas. Los problemas psicosociales, además de ser causa, pueden ser consecuencia de la psicopatología. En general se hace constar aquellos problemas que hayan estado presentes en el último año. Sin embargo se puede registrar otros problemas acaecidos con anterioridad si han contribuido al trastorno mental. La mayor parte de los problemas psicosociales y ambientales se registran en este eje. No obstante cuando un problema es el centro de la atención clínica se hará constar también en el Eje I como un código derivado de apartado "Otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica". En el Eje V se incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como para predecir su evolución. El registro de la actividad general

en el Eje V puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global. (EEAG) "Escala de la Evaluación de la actividad Global". La gravedad de los trastornos se clasifica así: 1) Leve: cuando son pocos o ningunos los síntomas que exceden los requerimientos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social o laboral; 2) Moderado: cuando los síntomas o deterioro funcional se sitúan entre leve y grave; 3) Grave: cuando se detectan varios síntomas que exceden los requerimientos para formular el diagnóstico o distintos síntomas que son particularmente graves o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral; 4) En remisión parcial: cuando con anterioridad se cumplían todos los criterios diagnósticos del trastorno, paro en la actualidad sólo permanecen algunos de los síntomas; 5) En remisión total: cuando ya no existen ningún síntoma o signo del trastorno, pero todavía es relevante desde el punto de vista clínico tener en cuenta dicho trastorno.

Duelo. Respuesta emocional de la(s) persona(s), posterior a la muerte de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (p. e. sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). La persona con duelo valora el estado de ánimo depresivo como "normal", aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados como el insomnio y la anorexia. La duración y la expresión de un duelo "normal" varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales. La presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo "normal" puede ser útil para diferenciar el duelo del episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen la culpa por las cosas, más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida; pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida; preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad; inhibición psicomotora acusada; deterioro funcional acusado y prolongado; y experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida. / Hay casos en que algunas personas viven el proceso de duelo antes de la muerte de la persona. Los familiares y amigos de una persona que ha estado enferma por largo tiempo, usualmente se preparan para la pérdida, a través de un **duelo anticipatorio**, esto es, manifestaciones del duelo cuando la persona aún está viva. Este proceso ayuda en algunas ocasiones a los familiares y amigos a lidiar más fácilmente con la muerte de su ser querido cuando ésta llega. En el **proceso o trabajo de duelo** la persona acepta la dolorosa realidad de la pérdida, gradualmente va disolviendo el vínculo con la persona, se adapta a la vida sin esa persona, y desarrolla nuevos intereses y relaciones. Suele suceder en tres fases, aunque puede variar: 1) Conmoción e incredulidad: puede tomar varias semanas (especialmente después de una muerte inesperada o repentina). Puede proteger a la persona de reacciones intensas. La persona suele sentirse perdida, confundida y aturdida. Son comunes la falta de aire, la opresión en el pecho o la garganta, las náuseas y los sentimientos de vacío en el estómago. A medida que se toma conciencia de la pérdida, el aturdimiento da lugar a abrumadores sentimientos de tristeza; 2) Preocupación por el recuerdo de la persona que murió: esta fase puede durar seis meses o más. La persona que ha sufrido la pérdida intenta entender la muerte pero aún no puede aceptarla. Es común que continúen el llanto frecuente, el insomnio, la fatiga y la falta de apetito. En algunos casos, las personas recuerdan

y hablan constantemente de la persona fallecida, en una búsqueda obsesiva por el significado de su muerte. En otras ocasiones, los dolientes "oyen" y "ven" a la persona que murió, teniendo constantes sueños vívidos de ella. Estas experiencias disminuyen con el tiempo, tal vez con los años, aunque suelen reaparecer en ocasiones especiales como los aniversarios; y 3) Resolución: la persona llega a esta fase cuando recupera el interés en las actividades cotidianas y en las personas que la rodean. Los recuerdos de la persona fallecida originan sentimientos afectuosos mezclados con sentimientos de tristeza, desplazando el dolor agudo y duradero presente en las fases anteriores. La persona aún extraña a quien falleció, pero sabe que la vida debe continuar, y se vuelve más activa socialmente, sale con más frecuencia, se relaciona más, recupera el interés por las actividades que desarrollaba antes e incluso desarrolla interés por actividades nuevas. La mayoría de las personas recuperan su fortaleza y regresan a su vida normal. / La manifestación del duelo en los niños se da así: en los menores de tres años se presentan hechos como regresión, tristeza, temor, pérdida de apetito, problemas de sueño, aislamiento social, retraso en el desarrollo, irritabilidad y pérdida de habla; en los niños de los tres a los cinco años se incrementa la actividad, mojan la cama, se enfurecen, su comportamiento se sale de control, tienen pesadillas y lloran con frecuencia. Los niños en edad escolar presentan un deterioro en el desempeño escolar (causado por pérdida de concentración, desinterés y falta de motivación), resistencia a ir al colegio, llanto frecuente, nerviosismo, dolor abdominal, dolores de cabeza y fatiga. Los adolescentes suelen presentar depresión, quejas somáticas, comportamiento delincuencial, promiscuidad, intentos de suicidio y retiro del colegio o universidad. / (Psicoan.) En el duelo, la pérdida es sobre todo externa; el dolor es principalmente por el objeto; se hace un "trabajo de duelo" en gran parte consciente y económicamente regulado: el yo hipercatectiza muchas de las situaciones vividas con el objeto perdido para, paulatinamente decatectizarlas y convertirlas en recuerdos; y se refiere a una relación relativamente desprovista de agresión intensa. / (Psicoan.) Arminda Aberastury considera como central en el desarrollo adolescente la problemática de los duelos y anota que las dificultades en su manejo llevan al predominio de los *actings*, de los cortocircuitos del pensamiento, en los que se observa la exclusión de lo conceptual lógico mediante la expresión en la acción. Estos duelos son: 1) Duelo por el cuerpo infantil perdido que, a veces, hace sentir al adolescente como un espectador impotente frente a lo que ocurre en su propio organismo; 2) Duelo por el rol y la identidad infantiles, que implica renuncia a la dependencia y aceptación de responsabilidades, que desconoce lo que lleva, a menudo, a actuaciones afectivas sin ningún tipo de consideración racional por el objeto; 3) Duelo por los padres de la niñez, que provoca respuestas violentas y, en ocasiones, psicopáticas; y 4) Duelo por la bisexualidad: el adolescente tiene que decidirse por un objeto sexual y asumir una identidad sexual, fenómeno que se dificulta aún más por la exacerbación fisiológica del narcisismo. El proceso de los duelos es de doble corriente e implica también a los padres, quienes deben llevar a cabo elaboraciones paralelas. Así el cuerpo infantil se pierde para los padres y las caricias no son sentidas ya como inocuas. Los padres también deben aceptar la finalización de la dependencia y elaborar sus propias sensaciones de abandono; deben manejar la competencia, tolerar el derrumbe de la idealización y admitir el sentirse juzgados, muchas veces con desprecio y casi siempre en forma implacable. / **Duelo patológico**: A diferencia del duelo normal, que implica el trabajo de elaboración de una pérdida, el duelo patológico se caracteriza por la dificultad de aceptarla y por una reacción desmedida –para el observador- ante esa imposibilidad.



Eclecticismo. Punto de vista desde el que se plantea que conviene apreciar el valor de los conceptos derivados de dos o más sistemas de pensamiento o escuelas psicológicas. Un ecléctico no se apresurará a rechazar en forma arbitraria cualquier hallazgo o principio por el mero hecho de que no se amolde bien a las premisas establecidas desde mucho tiempo atrás.

Ecolalia. Repetición patológica y aparentemente sin sentido de una palabra o frase acabada de emitir por otra persona.

Economía de fichas. (Psi. cond.) Forma de contrato comportamental complejo. Se utiliza un listado de comportamientos que pueden ser premiados con una "ficha". La persona puede cambiar la ficha por una serie de premios o privilegios. La persona debe aprender no sólo a comportarse de determinada forma sino a desarrollar una estrategia apropiada para obtener la cantidad de fichas correcta para cada privilegio. / Sistema de reforzamiento basado en los principios del condicionamiento operante, en el que se utilizan fichas con un valor de intercambio acordado con el sujeto.

Ecopraxia. Repetición por imitación de los movimientos de otra persona. La acción no es voluntaria y tiene un carácter semiautomático e incontrolable.

Edad biológica. Tiene en cuenta los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, de tejidos, órganos y sistemas.

Edad cronológica. Es la que va desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona.

Edad funcional. Se define a través del nivel de competencia conductual de la persona.

E

Edad psicológica. Define las etapas de la vida en función de los cambios cognitivos, afectivos y de personalidad a lo largo del ciclo vital.

Edad social. Suele medirse por la capacidad de contribuir al trabajo, la protección del grupo o grupos a que pertenecen y la utilidad social. Esta estimación varía según las sociedades, sus leyes, valoraciones, prejuicios y estereotipos. Algunos autores prefieren hablar de "edad funcional" con base en criterios de salud frente a edad cronológica de referencia socio-demográfica.

Edad mental (EM). Nivel de desarrollo intelectual global correspondiente a una determinada edad.

Edipo. (Psicoan.) Alrededor del tercero, cuarto o quinto año de la vida comienzan a presentarse en el niño una serie de fenómenos que demarcan, para Freud, una verdadera relación con un objeto externo total. La libido y la agresión se centran en el pene del niño y en el clítoris de la niña. La zona erógena central -pene o clítoris- representa narcisísticamente la totalidad de la personalidad (como antes la boca o las funciones excretoras) y, por consiguiente, cualquier ataque al pene es vivenciado por el niño en términos de la aniquilación total. Dichos ataques toman para el niño una dimensión de realidad en la medida en que se da cuenta de la diferencia anatómica entre los sexos. Hacia la misma época, el niño varón comienza a sentir atracción sexual, focalizada en el pene, hacia la madre y concomitantemente

experimenta sentimientos ambivalentes de hostilidad y rivalidad hacia el padre, poseedor sexual de la madre y que, además, representa el poder, la potencia, la autoridad. Al descubrir el niño varón que hay seres humanos que carecen de pene, la fantasía es de que el falo es inexistente porque el padre debió cortarlo por sentimientos similares a los que él mismo experimenta. Esta fantasía que Freud denomina "angustia de castración" toma relevancia, se hace funcional y domina en forma terrorífica la vida del niño. La angustia de castración corresponde a lo que Freud llama angustia objetiva. El niño espera, por otra parte, una retaliación del padre y la espera en el órgano que en ese momento constituye el eje de su personalidad, es decir, el pene. El temor de castración es tan intenso que moviliza una represión masiva (histérica), que arrasa no solamente con los deseos incestuosos hacia la madre sino también con la sexualidad global, y es parcialmente responsable de la amnesia de los primeros años de vida. El niño desarrolla otra serie de mecanismos para reforzar la represión y elaborar la situación en la que se encuentra frente a la pareja de los padres: incrementa el proceso de identificación con el padre; es ésta la época en la que el niño imita actitudes y comparte intereses con su papá y sublima, inhibe en su fin y transforma en ternura la sexualidad que sentía hacia la madre. El edipo está condenado biológicamente al fracaso, al menos en esta época de la vida. El niño pierde a la madre y jamás la conocerá sexualmente. Al perderla, sin embargo, la recupera en un aspecto como depositaria de su amor no erótico. La corriente sexual se disocia en este momento de la ternura, para reencontrarse en la vida genital madura, si la vicisitud no es demasiado patológica. A partir de la disolución del complejo de Edipo, y de la desintegración de sus cargas, se incorporan las figuras de los padres, los valores sociales y comunitarios y se configura una nueva estructura funcional: el Superyo. Esta serie de acontecimientos que, por supuesto, no se da en forma lineal, corresponde al edipo positivo simple, en el varón, y en la mayoría de los casos, que no entrañan patología, se destruye casi enteramente. Esta secuencia comienza y culmina en forma diferente en la niña: en el hijo varón, la atracción a la madre precede a la angustia de castración que reprime los derivados instintivos y los sentimientos de libido y hostilidad hacia las figuras de los padres. En la niña la sensación de castración pone en marcha el edipo; lo precede. La niña se siente despojada de un falo que sí tienen los niños y el padre y fantasea que la madre esconde o guarda el pene del padre, que en justicia, le corresponde a ella, con las implicaciones de fuerza, autoridad y potencia que entraña lo masculino, reforzado por la costumbre social. Comienza, entonces, a sentirse atraída por el padre y a experimentar una intensa rivalidad hacia la madre. Eventualmente, la represión interviene; entran en juego los mecanismos de identificación con la madre y la sublimación de los sentimientos hacia el padre. Se estructura el Superyo pero, en las niñas, el complejo de Edipo no es eliminado por el temor de la castración; persiste, por lo tanto, mucho más y se abandona tan sólo muy lentamente. Freud considera, además, que el no tener que confrontar la angustia de castración determina en la mujer un Superyo más débil, normas morales más laxas y una sexualidad, en cierto sentido, inferior, ya que en mayor o menor grado estará siempre determinada por la "envidia del pene". Para Freud, la problemática edípica constituye el núcleo central de la vida psicológica y de la evolución psicosexual del niño. El edipo y sus variantes constituyen una parte fundamental de la problemática de todo ser humano en la medida en que es el producto de la unión de una pareja y se desenvuelve a lo largo de la vida, inevi-

tablemente, en el contexto de una situación triangular básica. Si falta alguno de los padres o ambos, el niño crea automáticamente parejas con las personas que lo rodean y con quienes vive el rechazo, la aceptación, la exclusión, el amor, el odio, la ambivalencia, etc. / **Complejo de Edipo temprano**: denominado así por Klein, se da cuando, al percibir a su madre como objeto total, es decir, como persona, el niño empieza también a reconocer a su padre ligado a ella. Siente un vínculo muy especial entre ambos y lo fantasea principalmente a un nivel oral. En su fantasía, el padre alimenta a la madre con el pene al que equipara así con un pecho rico y satisfactorio. Cuando el niño se desprende del pecho puede comenzar a simbolizar, dado que el proceso de simbolización se basa en una pérdida y en una renuncia a la gratificación instintiva directa. Al integrar una sola madre, puede recurrir al padre y oscilar entre ambos pero, puesto que todavía hay mucho de lo esquizoparanoide, tiende a disociarse y a sentir envidia y celos, lo que lo lleva a atacar, en su fantasía, a la pareja unida de los padres, en forma violentamente sádica. / **Variantes y vicisitudes del complejo de Edipo**: la descripción anterior corresponde al **edipo positivo simple**, y constituye sólo una de las resoluciones posibles, la esencialmente normal y simplificada. Sucede, empero, que el edipo es un síndrome compuesto por una serie de soluciones parciales y variables, que si se hacen demasiado intensas, culminan en patología, pero que se encuentran presentes y están incluidas, en cierta medida, en las soluciones edípicas de todo niño y hasta cierto punto, en las de cualquier ser humano. Algunas de estas soluciones son: 1) En el "edipo positivo simple", el proceso culmina en la identificación del niño varón con su padre, la sublimación de lo que siente por la madre y la incorporación de las figuras parentales. Este proceso, como cualquier otro hecho humano, es multideterminado y depende de una serie de factores que comienzan con el equipo genético (disposición bisexual) del niño, su suceder en las etapas prefálicas, las características de los padres, la relación libidinal del niño con su padre, la forma como éste ejerce el poder y la autoridad, la dulzura o sumisión de la madre, etc. Si el padre es demasiado brutal, el niño, frente al terror de castración y lo desagradable de la figura paterna, tendrá mayores dificultades en el proceso de identificación; 2) Si el niño varón, por las causas antes enumeradas, no logra que predomine la identificación paterna, puede más bien identificarse con la madre para convertirse así en objeto de amor del padre. Esta es una de las raíces de la homosexualidad masculina y corresponde al llamado "**edipo negativo**". Otra variedad que se liga también con la homosexualidad masculina es la siguiente: el homosexual adulto busca un efebo con el cual se identifica narcisísticamente; el objetivo es amarlo a él como hubiera deseado ser amado sexualmente por la madre. La niña, por otra parte, puede rehusar aceptar su condición femenina y negar su carencia de pene. Busca, entonces el pene robado por la madre en otras mujeres que la representan y con quienes mantiene una relación homosexual; 3) En la solución fetichista, el niño y posteriormente el paciente, no puede aceptar que haya personas que carecen de pene, en la medida en que la aceptación de esta carencia implicaría una terrible amenaza de castración para sí mismo. El fetichista recurre, entonces, a la negación, la disociación y el desplazamiento y dota a la mujer con un sustituto de pene, en este caso, el fetiche, que constituye el objetivo central de su sexualidad perversa; 4) El exhibicionismo constituye otra forma de resolución que, como todas las descritas, se encuentra en forma parcial en la vida sexual de todos los seres humanos. El perverso exhibicionista ratifica que sí tiene un pene

E

mediante el escándalo que causa al mostrar su pene ante un grupo desprevenido de niñas, por ejemplo. Necesita el impacto para convencerse que no está castrado; 5) La solución fóbica: todo niño o niña pasa ineludiblemente por un período en el cual las contradicciones de sí mismo frente a la pareja de sus padres son demasiado intensas para su yo relativamente débil. Detesta al padre pero lo ama; desea a la madre pero la teme. Apela, entonces a una combinación de mecanismos adaptativos del tipo represión, disociación, simbolización, desplazamiento y evitación. Escinde así los aspectos temidos de los padres en figuras tales como las brujas, la madrastra, los ladrones, los animales, que pueden ser evitados; 6) En la resolución edípica del niño y la niña se produce una disociación entre la corriente sexual fálica y la ternura. En el transcurso normal de los acontecimientos, estas dos corrientes se integrarán en el carácter genital; sin embargo, no siempre sucede así (v. *Disociación*). El edipo es un fenómeno de doble corriente. El niño desea, teme y rivaliza con sus padres; pero también estos experimentan sensaciones sexuales hacia sus hijos, así como sentimientos hostiles de rivalidad y furia. A lo largo de su vida, la madre aceptará sólo con dificultad la compañera que su hijo ha escogido. Así mismo, el padre tropieza con muchas dificultades para manejar los sentimientos incestuosos hacia la hija, lo que se traduce a menudo den celos y rabia impotente; y 8) Freud hace énfasis en el parricidio. Conviene recordar que Edipo no es el agresor original. Son Yocasta y Layo quienes deciden asesinarlo; Edipo responde sólo guiado por un destino que desconoce. Layo, a su vez, proviene de una estirpe filicida.

Educación. Proceso de socialización de un individuo, a través del cual éste asimila conocimientos; implica una concienciación cultural y conductual. / Proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra; está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. El proceso educativo se materializa en una serie de habilidades y valores, que producen cambios intelectuales, emocionales y sociales en el individuo. De acuerdo al grado de concienciación alcanzado, estos valores pueden durar toda la vida o sólo un cierto período de tiempo. En el caso de los niños, la educación busca fomentar el proceso de estructuración del pensamiento y de las formas de expresión. Ayuda en el proceso madurativo sensorio-motor y estimula la integración y la convivencia grupal. / **Educación escolar o formal**: presentación sistemática de ideas, hechos y técnicas a los estudiantes. Una persona ejerce una influencia ordenada y voluntaria sobre otra, con la intención de formarle. Así, el sistema escolar es la forma en que una sociedad transmite y conserva su existencia colectiva entre las nuevas generaciones. /

Efecto de halo. Tendencia de un observador a efectuar una evaluación tendenciosa (ya sea positiva o negativa) de otra persona basándose en características de ésta que, si bien son notorias, carecen de pertinencia respecto de lo que debe evaluar.

Efecto placebo. Efecto que causa una medicina más por la sugestión que por su real eficacia farmacológica (V. *Placebo*).

Eferente. En neurología, vías nerviosas que conducen los impulsos desde el centro hacia la periferia del cuerpo.

Egocentrismo. Exaltación de la propia personalidad, hasta considerarla como centro de la atención y actividad generales. Es frecuente en los niños y adultos inmaduros. / (Psi. cogn.) Es una de las

limitaciones del pensamiento preoperacional. Es la incapacidad de ver las cosas desde el punto de vista de otros. Esto porque los niños consideran que son el centro de todo, razón por la cual no pueden considerar ninguna otra cosa. Según Piaget, el egocentrismo no es egoísmo, sino un entendimiento centrado en sí mismo, y es fundamental al pensamiento limitado de los niños. El egocentrismo es una forma de centración: los niños están tan centrados en su propio punto de vista, que no pueden tener en cuenta otros puntos de vista al mismo tiempo. Esta incapacidad para descentrarse explica por qué los niños en esta etapa tienen problemas para separar la realidad de lo que ocurre dentro de su cabeza, y por qué se muestran confusos sobre qué cosas causan qué cosas (V. Etapa preoperacional). / Según David Elkind, el egocentrismo en la adolescencia se caracteriza por comportamientos típicos como: 1) Encontrar fallas en las figuras de autoridad. Los adolescentes se dan cuenta que las personas a las que alguna vez idolatraron, se encuentran ahora lejos de su ideal; 2) Discusiones: los adolescentes quieren practicar su nueva habilidad para ver los diferentes matices de un asunto, lo que los conduce a discutir permanentemente; 3) Creer que el mundo gira a su alrededor, comportamiento que puede ser explicado por el concepto de audiencia imaginaria (un observador que existe sólo en sus mentes y que se encuentra tan preocupado e interesado en sus pensamientos y conductas como ellos mismos); 4) Elkind usa el término fábula personal para explicar la convicción que tienen los adolescentes de que son especiales, y que por lo tanto no están sujetos a las reglas naturales que gobiernan al resto del mundo; y 5) indecisión: se da cuando los adolescentes se dan cuenta de la multiplicidad de opciones en casi todos los aspectos de su vida.

Egoísmo Afecto excesivo de alguien para consigo mismo, anteponiendo su propia conveniencia a la de los demás.

Elaboración. (Psicoan.) Es uno de los componentes del llamado trabajo del sueño o elaboración onírica. En ésta, el yo, a través de la censura, efectúa racionalizaciones, da importancia a elementos que no la tienen, crea certeza sobre lo incierto e incertidumbre sobre lo más valioso. También se denomina distorsión secundaria. / (Psicoan.) Es una de las fases por las que atraviesa el paciente que sufre una enfermedad orgánica, para llegar a vivir de una forma realista el suceso crítico acaecido, y por lo tanto, poder luchar. Es posterior a la negación y la depresión. En esta, el paciente ha aceptado en forma integrada su crisis vital. Puede, por lo tanto, reestructurar su campo de existencia. En el contexto de esta elaboración relacionada con la enfermedad orgánica, puede plantearse para el médico o para quien se ocupa del enfermo lo que constituye casi una regla de oro: todo órgano amputado o función fisiológica perdida o vulnerada, se vivencia como si se refiriera a la pérdida objetal de un ser querido y, a la inversa, toda pérdida objetal, por muerte o abandono, se siente como si se perdieran narcisísticamente órganos y funciones del yo.

Electrocardiograma (**EEG**). Importante herramienta para detectar cardiopatías y para apuntar a qué nivel está la dificultad cuando el corazón falla. Es una representación gráfica de las fuerzas eléctricas que trabajan sobre el corazón. Durante el ciclo cardíaco de bombeo y llenado, un patrón conocido de pulsos eléctricos cambiantes refleja exactamente la acción del corazón. Estos pulsos pueden ser recogidos a través de electrodos pegados a la superficie del cuerpo. La actividad del corazón representada por ondas características puede así ser evaluada instantáneamente en un monitor de tv, o ser impresa sobre un

papel milimetrado para su estudio posterior. Desde su invento a principios del siglo XX, el ECG ha sido la herramienta más importante del cardiólogo. Resulta imprescindible en el diagnóstico de las arritmias cardíacas y puede dar información sobre la presencia de enfermedad coronaria antigua o reciente, y de otros problemas del corazón.

E

Electroencefalograma. Registro de la actividad eléctrica cerebral obtenido mediante la utilización de electrodos colocados sobre el cuero cabelludo. Normalmente se evalúan varias áreas del cerebro simultáneamente. Generalmente se practican algunas maniobras como la hiperventilación (que consiste en hacer respirar al sujeto más rápido de lo normal) y la fotoestimulación (que consiste en someter a la persona a destellos luminosos rápidos y sucesivos), que favorecen la aparición de actividad eléctrica normal en algunos pacientes.

Ello (o **Id**). (Psicoan.) Es una de las tres estructuras del aparato psíquico, dotada de energía dinámica. El sistema nervioso se ve afectado por dos tipos de estímulos básicos: 1) Estímulos externos, discontinuos, de los cuales se puede escapar por la fuga y cuyo modelo es el arco reflejo. Ejemplo: la retirada del brazo cuando se pincha con un alfiler o la huida ante peligros externos; y 2) Estímulos internos, continuos, de los cuales no se puede escapar mediante la fuga y que tienen una representación mental denominada fantasía inconsciente. A estos impulsos internos se les denomina en la teoría psicoanalítica “instintos” (V. *Instinto*).

Emoción. Estado afectivo; reacción subjetiva al ambiente, acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influida por la experiencia y que tiene la función adaptativa. Se refiere a estados internos como el deseo o la necesidad que dirige al organismo. La palabra emoción significa literalmente estado de excitación o estremecimiento. Suelen distinguirse tres componentes en cada emoción: un sentimiento característico o experiencia subjetiva, un esquema de estimulación fisiológica y un esquema de expresión abierta. El componente subjetivo es comunicado en las etiquetas que se le pone a las emociones, como temor, ira, gozo o tristeza. Las emociones cumplen un papel central en la gestión de procesos de autoprotección y autorregulación del organismo frente a situaciones extremas. Estas funciones se pueden diferenciar de la siguiente forma: 1) Preparación para la acción: las emociones actúan como un nexo entre los estímulos recibidos del medio y las respuestas del organismo. Las respuestas emocionales son automáticas y por tanto no requieren ningún tipo de raciocinio o de control consciente; 2) Delimitación del comportamiento futuro: las emociones influyen en la asimilación de información que servirá para dar respuestas en el futuro a hechos similares. Dichas respuestas podrán ser de rechazo o de búsqueda de repetición del estímulo; y 3) Regulación de la interacción social: las emociones son un espejo de los sentimientos y su expresión permite a los observadores hacerse una idea del estado de ánimo de la persona. / **Emociones primarias:** dentro de las emociones primarias se consideran: la ira, el miedo, la alegría, el amor, la sorpresa, el disgusto, el interés y la tristeza. / **Emociones secundarias:** las emociones primarias son automáticas y cumplen una función adaptativa y saludable dentro del organismo al ayudarnos a reaccionar inmediatamente frente a un estímulo. Cuando estas emociones no son procesadas adecuadamente sufren una “mutación” y no son superadas, quedando convertidas en emociones secundarias. Es así como cada emoción primaria se asocia a una emoción secundaria: ira-rencor, violencia y odios patológicos; miedo–ansiedad, fobia y pánico; amor–dependencia; alegría–

manía; tristeza–depresión. Dichas mutaciones en las emociones generan otras dimensiones en su comprensión: en las ondas externas se encuentran los estados de ánimo, que son más apagados y duran mucho más tiempo que la emoción primaria. Más allá de los estados de ánimo se encuentra el temperamento, que se entiende como la prontitud para evocar una emoción o estado de ánimo determinado que hace que la gente sea melancólica, tímida o alegre.

Empatía. Estado mental en el que un sujeto se identifica con otro grupo o persona, compartiendo el mismo estado de ánimo. / Capacidad de ponerse en la situación del otro, vivenciando lo que este experimenta. La idea de empatía alude a la situación donde uno está sintiéndose uno con el otro, y al mismo tiempo conscientemente separado de él y manteniendo su propia identidad.

Empirismo. Doctrina filosófica que se desarrolla en Gran Bretaña en parte del siglo XVII y el siglo XVIII, contraponiéndose a la corriente continental europea del racionalismo, y que considera la experiencia como la única fuente válida de conocimiento. Sólo el conocimiento sensible nos pone en contacto con la realidad. Teniendo en cuenta esta característica, los empiristas toman las ciencias naturales como el tipo ideal de ciencia, ya que se basa en hechos observables. El empirismo supone una crítica a los racionalistas bajo el supuesto que la razón tiene carácter ilimitado, e incluso el propio proceso irracional puede producir cualquier tipo de conclusión. La razón por sí misma no tiene fundamento y funciona a partir de supuestos. Por tanto, sólo se consideran válidos los conocimientos adquiridos mediante la experiencia. Los principales representantes de esta corriente filosófica son: Bacon, Hobbes, Newton, Locke, Berkeley y Hume. De ellos, Bacon y Newton trabajaron preferentemente en el campo de las ciencias naturales. Los empiristas entienden por ideas todo aquello que es objeto de conocimiento; Locke incluirá las percepciones, mientras que Hume no. Tanto Locke como Hume admiten un subjetivismo del conocimiento y sostienen que no conocemos realmente la realidad, sólo las ideas sobre ésta.

Encadenamiento. Dos o más conductas que ocurren en un orden definido, dentro de una secuencia conductual.

Encéfalo. Estructura que hace parte del SNC. Está formado por el tallo cerebral, el cerebelo y el encéfalo.

Encopresis. Trastorno de la eliminación caracterizado por la evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (p. e. la ropa o el piso), sea involuntaria o intencionada. Este comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. e. laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento. La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o un nivel de desarrollo equivalente).

Encuesta. Método de investigación que produce muchos datos económica y rápidamente con sólo plantear una serie estandarizada de preguntas a gran número de personas. Sin embargo, reviste vital importancia redactarlas debidamente.

Endogrupo. Unidad social con la que se identifica un individuo o de la cual forma parte.

Endorfina. Morfina endógena. Opiáceo natural producido en el cerebro y en la glándula pituitaria. Se la considera una clase de neurotransmisor. Actúa sobre los mismos receptores de la morfina en el sistema límbico y en el sistema doloroso.

Energía psíquica. (Psicoan.) Magnitud del impulso que acompaña cualquier idea o representación mental. / Para Jung,

energía que circula por la psique y que engendra procesos psíquicos. Llamada también libido, es la energía de los procesos de la vida. Inspirándose en Heráclito, Jung indica que la circulación de energía está regida por el principio de los opuestos: la energía depende de una antítesis preexistente sin la cual no podría existir. Debe haber calor y frío, paz y guerra, etc. como fuerzas antagónicas para que pueda tener lugar el proceso de compensación llamado energía. Y así, el amor se convierte en odio, los seres pacíficos en belicosos, los cínicos en ingenuos y los santos en pecadores. La energía psíquica se genera merced al conflicto que opera en la persona –básicamente entre la conciencia y lo inconsciente como polos opuestos- y subsiste como fuerza activa, consumiéndose en la actividad, para ser creada de nuevo debido a nuevas tensiones. Los movimientos de la energía psíquica son principalmente dos: los que dan lugar a procesos psíquicos de progresión (desde lo inconsciente hacia la conciencia y hacia el mundo exterior), y los procesos psíquicos de regresión (desde la conciencia hacia las zonas profundas del inconsciente). La fase progresiva del movimiento de la libido es el avance cotidiano del proceso de adaptación psicológica: es el proceso normal, pues la energía puede avanzar hacia fuera, e implica una sensación jubilosa de bienestar. Pero cuando por cualquier razón este movimiento se ve obstaculizado, aumenta desagradablemente el valor psíquico de ciertos contenidos conscientes, la libido no puede salir y regresa (fase regresiva) hacia el inconsciente. Este obstáculo rompe el equilibrio entre los opuestos.

Enfermedad de Parkinson. Desorden del sistema motor cuya base fisiológica se encuentra en la muerte o deterioro de las neuronas de un área del cerebro conocida como *substancia nigra*. Normalmente, estas neuronas generan un producto químico cerebral importante conocido como dopamina (mensajero químico responsable de transmitir las señales entre la *substancia nigra* y la siguiente “estación relevadora” del cerebro, el *corpus striatum*, para producir actividad muscular fluida y con propósito). La pérdida de dopamina hace que las células nerviosas del *striatum* actúen sin control, dejando a los pacientes incapaces de dirigir o controlar sus movimientos de forma normal. Se caracteriza por cinco síntomas principales: temblor (que es más notorio durante el reposo y disminuye parcialmente cuando el sujeto realiza movimientos), rigidez muscular (por aumento del tono o grado de contracción de los músculos), bradicinesia o lentitud de movimiento, inestabilidad de postura o la coordinación o balance afectados, y disminución de los movimientos automáticos (parpadeo, deglución, gestos, etc.). Esta enfermedad es crónica (persiste por un largo período de tiempo) y progresiva (sus síntomas empeoran con el tiempo). No es contagiosa ni usualmente se hereda; es decir, no pasa directamente de un miembro de la familia o de una generación a la siguiente. Es una enfermedad de los años intermedios finales, que afecta usualmente a las personas mayores de 50 años de edad. La edad promedio del inicio de los síntomas es de 60 años. Sin embargo, se informa que algunos médicos han observado más casos de la enfermedad de Parkinson “precoz” en los últimos años, y algunos han estimado que de un 5 a un 10 por ciento de los pacientes tienen menos de 40 años de edad. Varios otros síntomas acompañan a la enfermedad de Parkinson; algunos son menores, otros más preocupantes. Muchos pueden tratarse con medicamento apropiado o con terapia física. Nadie puede pronosticar qué síntomas afectarán a un paciente individual y la intensidad de los síntomas también varía de una persona a otra. Ninguno de estos síntomas es mortal, aunque los

problemas en tragar pueden atragantar al paciente: 1) Depresión: puede no ser severa, pero puede intensificarla el consumo de los medicamentos utilizados para tratar otros síntomas de la enfermedad de Parkinson; 2) Cambios emocionales: algunas personas se tornan temerosas e inseguras; temen no poder hacer frente a situaciones nuevas, pueden no desear viajar, ir a reuniones o socializar con los amigos. Algunos pierden su motivación y se tornan dependientes de los miembros de la familia. Otros pueden tornarse irritables y demasiado pesimistas; 3) Dificultad en tragar y masticar: los músculos utilizados para tragar pueden trabajar con menos eficacia en las etapas posteriores de la enfermedad. En estos casos, los alimentos y la saliva pueden acumularse en la boca en la parte posterior de la garganta lo que puede resultar en atragantamiento o babeo; 4) Cambios en la dicción: aproximadamente la mitad de los pacientes tiene problemas de dicción. Pueden hablar con voz demasiado baja o con monotonía, pueden dudar antes de hablar, pueden pronunciar indistintamente o repetir sus palabras o pueden hablar demasiado rápido; 5) Problemas urinarios o de estreñimiento: en algunos pacientes pueden ocurrir problemas de la vejiga o de estreñimiento debido al funcionamiento inapropiado del sistema nervioso autonómico que es responsable de regular la actividad normal muscular; 6) Problemas cutáneos: es común el que la piel de la cara se torne muy aceitosa, particularmente en la frente y en los lados de la nariz. El cuero cabelludo también puede tornarse aceitoso, resultando en la producción de caspa. En otros casos, la piel puede resecarse demasiado. Estos problemas son el resultado de un sistema nervioso autonómico con funcionamiento inadecuado; 7) Problemas de sueño: entre estos figuran la dificultad en permanecer dormido durante la noche, el sueño interrumpido, las pesadillas y sueños emocionales, y somnolencia durante el día. No está claro si estos síntomas están relacionados con la enfermedad o con los medicamentos utilizados para tratar la enfermedad de Parkinson.

Enfermedad mental. Proceso que resulta de un intento fallido del sujeto de adaptarse activamente a la realidad y de enfrentar y resolver las ansiedades básicas, y, en especial, el núcleo depresivo patogenético universal. Encuentra su expresión en la conducta desviada, enferma o anormal. Al respecto, Pichon Rivière propone tres niveles de acercamiento o análisis para conceptualizar la enfermedad mental: la enfermedad como intento fallido de adaptación a la realidad (adaptación pasiva); como intento, también fallido, de elaboración de las ansiedades básicas, y finalmente, y en forma más específica, como intento fallido de elaboración o de desprendimiento. / La enfermedad implica un proceso de adaptación pasiva a la realidad, en contraste con la salud, que es adaptación activa; toda conducta "desviada" es la resultante de una lectura distorsionada o empobrecida de la realidad. Es decir, la enfermedad implica una perturbación del proceso de aprendizaje de la realidad, un déficit en el circuito de comunicación, procesos estos (aprendizaje y comunicación) que se realimentan mutuamente. Este proceso de adaptación fallida a la realidad se encuentra asociado con un problema a nivel intrapsíquico, cuyo examen torna comprensible la conducta enferma. En efecto, tras toda conducta "anormal", "desviada" o "enferma" subyace una situación de conflicto, siendo la enfermedad la expresión de un fallido intento de adaptación al medio. La enfermedad resulta ser así, entonces, un proceso que se puede comprender. Este factor intrapsíquico está relacionado con las ansiedades o miedos básicos.

Enfermedad psicosomática. Es la provocada o agravada por factores psicoló-

gicos como el estrés, los cambios en el estilo de vida, las variables de la personalidad y los conflictos emocionales.

Entrenamiento en inoculación de estrés (**EIDE**). Tratamiento empleado en el marco cognitivo-comportamental en el manejo de los asuntos relacionados con el estrés (p.e. fobias, dolor, problemas de salud, trastornos de ansiedad). El EIDE emplea un modelo de amplio espectro para la comprensión y el tratamiento de los problemas. Enfatiza en las complejas relaciones interdependientes entre los factores afectivos, fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales/ambientales. Este tratamiento se desarrolla en tres fases: 1) Reconceptualización: se establece una relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente; se lleva a cabo una evaluación clínica detallada y una mutua comprensión de las preocupaciones del paciente. Los problemas se reconsideran dentro de este nuevo marco y se vuelven a conceptualizar como complejas cadenas de acontecimientos en desarrollo, con causas múltiples, en vez de procesos únicos y todopoderosos. Los problemas se definen en términos de falta de habilidades conductuales, estímulos ambientales estresantes, etc., en vez de hacerse en términos de procesos globales negativos; 2) Adquisición y desarrollo de habilidades: se desarrollan las habilidades de afrontamiento necesarias y/o comienza la intervención; y 3) Aplicación y consolidación: se aplican los esfuerzos de afrontamiento a las situaciones problema y se transfieren al mundo externo. Se ensayan las habilidades en situaciones estresantes escenificadas, simuladas o imaginadas.

Entrenamiento en relajación. Es una de las estrategias psicológicas terapéuticas de intervención más utilizadas en la práctica clínica. En general, hoy día con independencia del método, el entrenamiento en relajación se emplea prácticamente en todas aquellas situaciones cuyo tratamiento requiere o aconseja la reducción de la actividad simpática del sistema neurovegetativo, de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo. En las investigaciones realizadas aparece con mucha frecuencia la combinación de las técnicas de relajación con otras técnicas, se han hecho estudios en los que se recomiendan su combinación con el tratamiento farmacológico, con el tratamiento de *biofeedback,* con la psicoterapia, etcétera. Ha sido aplicada en personas de todas las edades (niños, adultos y de la tercera edad). / Su primera fase empezó con el trabajo de Edward Jacobson, quien en 1934 desarrolló un método fisiológico para combatir la tensión y la ansiedad. La segunda fase se inicia con Joseph Wolpe quien modificó los procedimientos de Jacobson y los aplicó en un programa sistemático de tratamiento. Jacobson empezó su trabajo en 1908 en Harvard. Sus investigaciones le llevaron a la conclusión de que la tensión implicaba un esfuerzo que se manifestaba en el acortamiento de las fibras musculares, que ésta tensión se presentaba cuando una persona manifestaba ansiedad y que tal ansiedad podía ser eliminada haciendo desaparecer la tensión. Descubrió que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a discriminar y atender las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, cualquier persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. La aplicación del entrenamiento en relajación progresiva se extiende, prácticamente, a la mayoría de situaciones cuyo tratamiento requiere o aconseja la reducción de la activación simpática del sistema neurovegetativo, de la tensión muscular o del estado general de alerta del organismo. La segunda fase en el desarrollo de la técnica de relajación se inicia con el trabajo de J. Wolpe, que abreviando la versión de Jacobson, la incorporó a la terapia de contracondicionamiento para

la reducción del miedo. Este procedimiento de tratamiento se conoce como desensibilización sistemática.

Entrevista. Es, junto a los estudios de caso y la observación, una de las técnicas más utilizadas en el método no experimental o investigación cualitativa. En ésta, los investigadores realizan preguntas a los sujetos de estudio sobre una diversidad de asuntos. Hay un acuerdo casi mayoritario por parte de los expertos en considerar la entrevista como uno de los métodos más importantes de evaluación del comportamiento humano. Es una comunicación, fundamentalmente vocal, entre al menos, dos personas; donde existen dos roles definidos: entrevistador y entrevistado; y con unos objetivos conocidos, al menos por el entrevistador. / **Entrevista comportamental**: en el contexto clínico, es una parte importante y necesaria del proceso de evaluación del paciente y su entorno. Los propósitos de la entrevista son establecer rapport con el paciente y su familia, obtener información sobre la naturaleza del comportamiento problemático y sus antecedentes y consecuencias, y determinar el contexto sociocultural. / **Entrevista estructurada**: sigue un texto o secuencia prefijada de preguntas, pudiendo ser éstas abiertas o cerradas. / **Entrevista grupal**: como su nombre lo dice, la entrevista se lleva a cabo con un grupo específico de personas con el objeto de conocer sus opiniones e ideas sobre un tema común, en función de preguntas formuladas por el investigador que son respondidas en una conversación general producida y facilitada por aquel. / **Entrevista individual**: participan un entrevistador y un entrevistado. / **Entrevista no estructurada**: sin esquema o plan previo. / La **entrevista profesional** difiere de otras formas de entrevista en que un individuo consulta a otro que se ha designado como experto y del cual se espera que proporcione alguna forma de ayuda. La entrevista profesional corriente suele buscarse voluntariamente, y la cooperación del paciente se da generalmente por supuesta. El profesional toma una historia médica, cuyo propósito consiste en obtener hechos que faciliten el establecimiento de un diagnóstico correcto y la institución de un tratamiento apropiado. La entrevista se organiza alrededor de la enfermedad actual, de la historia de la persona y de la familia y del examen del sistema. El contenido de la entrevista se refiere tanto a la información de hecho proporcionada por el paciente como a las intervenciones específicas del entrevistador. El proceso de la entrevista se refiere a las relaciones en vías de desarrollo entre el profesional y el paciente. Se relaciona especialmente con el significado implícito de las comunicaciones. / **Entrevista secuencial**: participan varios entrevistadores y un entrevistado en sucesivas entrevistas individuales con diversos entrevistadores para un mismo candidato. / **Entrevista semiestructurada**: no sigue una secuencia de preguntas fijas, aunque sí se adecua a un esquema o pauta general. Es la más utilizada pues tiene como propósito obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los fenómenos descritos / **Panel**: participan varios entrevistadores y sólo un entrevistado.

Enuresis. (Psi. del dllo.) Micción repetida durante el día o la noche en la ropa o en la cama. Se da con mayor frecuencia en la noche; suele presentarse entre los tres y los cinco años. No es considerado un problema a menos que ocurra por lo menos dos veces en el mes en un niño mayor de cinco años. Menos del 1% de los niños con enuresis tienen desórdenes físicos; se cree que las causas en el otro 99% son de tipo hereditario y de retraso en el desarrollo. Los factores emocionales que puede dar origen a la enuresis son el enfado o el malestar cau-

sados por eventos importantes como el nacimiento de un hermano o la llegada al colegio. Este comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. e. un diurético) ni a una enfermedad médica (p. e. diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo) (V. *Parasomnias del sueño no-REM*).

Envejecimiento. Proceso progresivo, natural y lento de transformación, que afecta a los seres vivos desde su nacimiento hasta su muerte.

Envidia. (Psicoan.) Para Klein, es el derivado más cercano del instinto de muerte que capta el yo, considerada una de las emociones más tempranas y fundamentales. La diferencia y delimita tanto de los celos como de la voracidad. Además de ser más primitiva que los celos, tiene como meta fundamental la destrucción del objeto, y se presenta en el contexto de una relación dual, en la que el yo-objeto no se encuentran bien diferenciados. En la envidia, el objeto es ser tan bueno como el objeto pero en la medida en que esto se siente imposible, se convierte en arruinar lo bueno del objeto para suprimir la fuente de envidia. Este aspecto dañino de la envidia es lo que la hace tan destructiva para el desarrollo, pues convierte en mala la fuente misma de todo lo bueno y, por lo tanto, impide las buenas introyecciones. / Envidia del pene: Klein acepta la envidia del pene en la mujer, pero no le da la importancia que le asigna Freud (v. *Edipo*), y la considera más bien defensiva y resultante del destino de las vicisitudes objetales tempranas. En la fase edípica tardía, la niña entra en rivalidad con su madre y quisiera recibir el pene de su padre dentro de ella para estar llena de leche, hijos y riqueza; pero como durante la posición esquizoparanoide atacó envidiosamente el interior del cuerpo de la madre y robó sus contenidos, teme la retaliación y ser vaciada y destruida internamente, lo que corresponde al temor de castración del niño.

Epilepsia. Disturbio cerebral que se expresa por crisis epilépticas repetidas. Estas crisis pueden manifestarse de diferentes maneras: la crisis convulsiva es la forma más conocida por las personas y es identificada como *ataque epiléptico*. En ese tipo de crisis la persona puede caer al piso, presentar contracciones musculares en todo el cuerpo, morderse la lengua, salivación intensa, respiración dificultosa y, a veces, micción. La crisis del tipo "ausencia" es conocida como "desconexión". La persona tiene la mirada perdida y pierde contacto con el medio por algunos segundos. Por ser de cortísima duración, muchas veces no es percibida por otras personas. Hay un tipo de crisis que se manifiesta como si la persona estuviese alerta, pero no tiene control de sus actos y lleva a cabo movimientos automáticamente. Durante esos movimientos automáticos involuntarios, la persona se queda masticando, hablando de manera incomprensible o andando sin dirección definida. En general, cuando la crisis termina, la persona no se acuerda de lo que ocurrió. Esta es llamada crisis parcial compleja. Existen otros tipos de crisis que pueden provocar caídas sin ningún movimiento o contracciones o, entonces, tener percepciones visuales o auditivas extrañas o alteraciones transitorias de la memoria. La causa de la epilepsia puede ser una lesión cerebral, causada por un fuerte golpe en la cabeza, una infección (p.e. meningitis), neurocisticercosis, abuso de bebidas alcohólicas, de drogas, etc. Algunas veces, algo que ocurrió antes o durante el parto. Muchas veces no es posible conocer las causas que dieron origen a la epilepsia.

Episodio hipomaníaco. Período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos cuatro días y que es claramente diferente del esta-

do de ánimo habitual. Durante el período de alteración del estado de ánimo se presentan los mismos síntomas del episodio maníaco, con la diferencia que el episodio hipomaníaco no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos. Sus síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

Episodio maníaco. Período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización). Durante el período de alteración del estado de ánimo se presentan síntomas como autoestima exagerada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado, distractibilidad, aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora e implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. e. compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas). La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica. Son característicos de los trastornos bipolares.

Episodio mixto. Presencia de los síntomas de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de una semana. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos. Sus síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica. Son característicos de los trastornos bipolares.

Equifinalidad. En la teoría general de sistemas, se da cuando un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales.

Equilibrio. (Psi. cogn.) Es, junto a la adaptación y la organización cognitiva, uno de los tres principios interrelacionados a través de los cuales se logran la asimilación y acomodación en el proceso de crecimiento cognitivo. Es un esfuerzo continuo por el equilibrio, un estado de balance entre el niño y el mundo exterior, y entre las propias estructuras cognitivas del niño. La necesidad de equilibrio conduce al niño a pasar de la asimilación a la acomodación. Cuando el niño no puede manejar nuevas experiencias con las estructuras existentes, organiza nuevos patrones mentales, restableciendo un estado de balance mental.

Equivalencia de estímulos. Ocurre cuando muchas de nuestras respuestas llegan a ser controladas rápidamente por EE (Estímulos Equivalentes) aunque no hayan sido reforzadas en presencia de ellos (o incluso, de EE similares) al menos, no inicialmente.

Eros. (Psicoan.) En el marco de la tercera teoría instintiva se establece que la vida del ser humano es el resultado de dos tipos de fuerzas pulsionales en un continuo interjuego. Una de ellas lleva al hombre a la progresión, hacia delante, hacia lo complejo, hacia lo más rico y contradictorio. Este conjunto lo agrupa bajo el nombre de instintos de vida y eros, equiparado aquí con libido, su energía. La otra fuerza es el tánatos (V. *Instinto*).

Escanografía. También conocida como tomografía axial computarizada. Método de imagen que permite capturar imágenes de los grupos de neuronas que se activan en áreas específicas del cerebro durante la ejecución de determinadas funciones mentales. Mediante 107 electrodos colocados sobre el cráneo se permite obtener mapas dinámicos de las fluctuaciones bioeléctricas del cerebro. Otros métodos utilizados para la visualización científica del funcionamiento cerebral son la magnetoencefalografía, la resonancia magnética, la tomografía por emisión de fotones únicos, y la tomografía por emisión de positrones.

Escape. (Psi. cond.) Cuando el estímulo aversivo es controlable, pero no necesariamente predecible, como cuando se presenta en forma independiente de la respuesta pero puede ser terminado por una respuesta, se está aplicando un procedimiento de escape. El efecto de los procedimientos de escape, más que a nivel emocional, es el de selección de la respuesta que pone fin a la situación aversiva.

Escisión. Proceso hipotético que acontece originariamente en la posición esquizo-paranoide, y en virtud del cual el yo y/o el objeto se separan o dividen en una parte buena y una parte mala, lo que le permite al sujeto emerger del caos y ordenar sus experiencias. En general y más allá de su sentido específico en psicología, la palabra escisión significa división, rompimiento, separación. En el psicoanálisis kleiniano y el pensamiento de Pichon Rivière el término adquiere un sentido específico: se trata de un proceso que comienza en el transcurso de los seis primeros meses de vida (posición esquizo-paranoide), y que consiste en una separación o división del yo y/o del objeto parcial en una parte "buena" y una parte "mala". En términos kleinianos, el objeto parcial pecho se escinde en un pecho bueno y uno malo. La escisión tiene como finalidad ordenar el universo del sujeto para lograr una discriminación de sus percepciones y sus emociones. En efecto, la escisión o *splitting* permite al yo emerger del caos y ordenar sus experiencias. Está en la base de todo pensamiento, si se considera que la discriminación es una de las primeras manifestaciones de este comportamiento. Para organizar sus experiencias, entonces, entabla sendas relaciones con lo que él vivencia como dos objetos: uno totalmente bueno, gratificante, al que ama y por el que es amado, y otro totalmente malo, frustrante, peligroso y persecutorio, al que odia y por el que se siente odiado. Esta escisión y relación del yo con dos objetos de valencias opuestas se denomina divalencia y es característica de la posición esquizo-paranoide. La escisión del objeto en bueno y malo es correlativa de la misma división a nivel yoico, es decir, se produce también al mismo tiempo la escisión del yo en un *yo bueno* y un *yo malo*. Quedan así configurados dos vínculos separados: por un lado el vínculo *yo bueno-objeto bueno*, y por el otro lado el vínculo *yo malo-objeto malo*.

Esquema. En el marco de la psicología cognitiva es: 1) Un conjunto almacenado de conocimiento con el que interactúa la información entrante; 2) Tiene una estructura interna consistente que organiza la información entrante en for-

ma particular; 3) Engloba información genérica prototípica, de forma que los casos específicos se procesan utilizando el apropiado prototipo esquemático para imponer estructura; y finalmente, 4) Es de naturaleza modular de forma que la activación de una parte tenderá a producir la activación de la totalidad. Los esquemas pueden considerarse como modelos internos sobre aspectos del *self* y del mundo, que los individuos utilizan para percibir, codificar y recuperar la información. Se van desarrollando a través de las numerosas experiencias particulares, y son adaptativos, desde el momento en que facilitan un procesamiento más eficaz de la información. Los esquemas pueden ser centrales y periféricos. Se ha sugerido que los esquemas se pueden organizar jerárquicamente: algunos se refieren al sentido básico de la propia identidad desde una perspectiva más periférica (p. e. si alguien me rechaza, soy menos persona), y otros desde una más central (p. e. no merezco ser amado), siendo estos últimos más resistentes al cambio y con mayor tendencia a autoperpetuarse. / Estructura cognitiva para el monitoreo, codificación y evaluación de los estímulos que llegan al organismo. Con base en estos esquemas, el individuo está en capacidad de orientarse en relación con el tiempo y el espacio, y de categorizar e interpretar las experiencias de manera significativa. En el campo de la psicopatología, este término ha sido aplicado a las estructuras con un alto contenido idiosincrático, que se activan durante desórdenes como la depresión, ansiedad, ataques de pánico y obsesiones y se hacen preponderantes. Young ha identificado un subgrupo de esquemas que ha llamado **esquemas tempranos maladaptativos**: temas extremamente estables y duraderos que se desarrollan durante la infancia y que son elaborados a lo largo de la vida de la persona. El niño aprende a construir la realidad a través de sus experiencias tempranas con el entorno, especialmente con personas significativas. Algunas veces estas experiencias tempranas conducen a los niños a aceptar actitudes y creencias que más adelante serán maladaptativas. Usualmente la persona no es consciente de la existencia de estos esquemas, que pueden permanecer inactivos hasta que un evento vital los estimula o dispara. Una vez el esquema es activado, el paciente categoriza, selecciona y codifica la información de manera que el esquema fallido se mantiene. Los esquemas tempranos maladaptativos se caracterizan por ser experimentados como: 1) Verdades a priori sobre uno mismo y/o el entorno; 2) Auto-perpetuados y resistentes al cambio; 3) Disfuncionales; 4) Usualmente disparados por algún cambio en el entorno (p.e. cambio de trabajo); 5) Ligados a altos niveles de afecto cuando son activados; y 6) Frecuentemente resultado de una interacción del temperamento innato del niño con experiencias disfuncionales de desarrollo con miembros de la familia o cuidadores. / Los **errores sistemáticos en el pensamiento** son: 1) Inferencia arbitraria: proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria la conclusión; 2) Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia con base en ese fragmento; 3) Generalización excesiva: proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas; 4) Maximización y minimización: quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión; 5) Personalización: se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos exter-

nos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión; y 6) Pensamiento absolutista, dicotómico: se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas (p.e. impecable o sucio, bueno o malo).

E

Esquizofrenia. Padecimiento que afecta al 1% de la población. Comienza en la juventud, a menudo antes de los 20 años, y se caracteriza por cambios notables en la conducta, que incluyen tendencia a la apatía y al aislamiento, alucinaciones, ideas delirantes y desorganización del pensamiento. Más que una entidad nosológica única, la esquizofrenia es un síndrome clínico que tiene más de una causa aunque legítimamente puede distinguirse de otras enfermedades mentales. Estudios han revelado que existe un componente genético en su etiología; sin embargo, es la interacción de los genes con el ambiente lo que empuja a personas susceptibles a rebasar el umbral y expresar la enfermedad. Factores genéticos y ambientales prenatales y posnatales operan conjuntamente en la etiología de este trastorno polimorfo. Además de los componentes genéticos, se ha descrito una serie de anomalías estructurales y funcionales en el cerebro de los esquizofrénicos. Las alteraciones anatómicas más importantes se encuentran en la corteza prefrontal y en la temporal, así como en varias zonas del sistema límbico, notablemente en el hipocampo y la corteza del cíngulo. Los esquizofrénicos tienen menos tejido cerebral y más líquido cefalorraquídeo que los sujetos normales. La disminución en el volumen tisular de los pacientes es debida, en gran parte, a una disminución considerable en el volumen del tálamo, la compuerta sensorial del cerebro que media procesos de atención y de procesamiento de información determinantes de la conciencia. Las anomalías estructurales se localizan principalmente en los núcleos talámicos laterales y en los dorsomediales. El tálamo recibe la información que llega a través del sistema reticular activador, implicado en la atención, así como de estructuras implicadas en las emociones y en la memoria. Esto explica los síntomas de la esquizofrenia, los cuales resultarían de anormalidades en el filtrado y procesamiento de la información aferente y de la atención. Además, el tálamo es un órgano que genera imágenes de la realidad en respuesta a estímulos sensoriales o sin ellos. Otro hecho establecido es que las personas esquizofrénicas presentan un déficit en el flujo sanguíneo en la región prefrontal, indicativo de una disminución en la actividad funcional de esta área cognitiva del cerebro. Esta región cerebral guía la conducta por medio de representaciones mentales de estímulos y está implicada en el procesamiento de datos del mundo externo. Una de las funciones mentales que se alteran cuando existe daño en la corteza prefrontal es la "memoria operante", una especie de memoria flotante que permite al sujeto mantener en mente de manera simultánea varias piezas de información, lo cual es una operación necesaria para procesar tal información y para el pensamiento. Se cree que los trastornos de la memoria operante explican algunos de los síntomas de la esquizofrenia, como las alteraciones en la atención y el pensamiento desarticulado. También se han encontrado anormalidades fisiológicas en la corteza del cíngulo, que es una región que se activa en una serie de tareas cognitivas tales como la memoria de reconocimiento de palabras, la memoria de reconocimiento de caras, la memoria episódica y el recuerdo de historias. Por último, se ha propuesto la hipótesis que un aumento relativo de la dopamina en la corteza cerebral puede constituir la base bioquímica de la esquizofrenia. Esto puede validarse con el hecho que sobre el sistema dopaminérgico ejercen su acción primaria los fár-

macos antipsicóticos derivados de las fenotiacinas y las butirofenonas. Éstos aminoran las alucinaciones y los delirios de los enfermos, normalizan el pensamiento desorganizado y el afecto inapropiado, es decir, los síntomas positivos de la esquizofrenia, que son los más evidentes en los episodios agudos. Es también importante la manipulación del ambiente para adecuarlo a las capacidades disminuidas del enfermo, especialmente antes que los síntomas se fijen. Los programas de rehabilitación social y ocupacional mejoran notoriamente su calidad de vida (V. *Alucinaciones*). / (Psicoan.) (*schizin* = división, escición; *phrenos* = mente) Bleuler, psiquiatra y psicoanalista notó que la esencia de la enfermedad está en la ruptura de las funciones de la mente. Clasifica sus síntomas y signos en dos categorías: los primarios, que se encuentran siempre y cuya presencia es patognomónica de la entidad. Incluyen: 1) Autismo; 2) Ambivalencia; 3) Trastornos en el curso del pensamiento (disgregación, incoherencia), que son un reflejo de la destrucción de la capacidad lógica para pasar de una idea a otra; y 4) Trastornos generales de la afectividad (con énfasis en el erróneamente llamado "afecto plano", la disociación entre ideas y afectos, la anhedonia, etc.). Bleuler denominó "síntomas secundarios" a aquellos que no siempre se encuentran y, en caso de hallarse presentes, no son necesariamente característicos de la enfermedad. Incluyó las ideas delirantes, las alucinaciones, los neologismos (corresponden al hecho que la vivencia del esquizofrénico se relaciona con eventos acaecidos en la muy temprana niñez, antes que el lenguaje haya adquirido su significado de comunicación social global y, por lo tanto, no puede expresar lo que siente en el idioma corriente), las estereotipias y manerismos, la agresividad, etc. / Para Freud, el manejo distorsionado de la angustia es uno de los ejes centrales en el conflicto y en la patología esquizofrénica, al igual que en la de las neurosis. El psicótico niega la realidad y la reemplaza por una realidad nueva, producto de sus propias proyecciones. Convierte sus propios contenidos internos en externos y efectúa así un intento de huida, que constituye la esencia de la proyección masiva a través de la cual se produce la entrega de la autonomía psíquica a expensas de la negación de la realidad. Para Freud, la problemática esquizofrénica se plantea como una confrontación entre el ego y el mundo externo. El paciente no resiste las frustraciones del mundo externo y, por lo tanto, lo desaparece, por así decirlo, y así vivencia una regresión a partir de las personas y situaciones hacia el interior de sí mismo. Ejemplo: las leyes del pensamiento reemplazan a las de la naturaleza o la relación del yo y los objetos de invierte: un paciente puede sentir que no es él quien escucha la radio u observa la televisión; son los artefactos los que lo oyen y observan. / Los sueños y la psicosis presentan muy marcadas similitudes. El significado arcaico, la realización de deseos, el predominio del proceso primario y del simbolismo primitivo, encuentran su contraparte en los síntomas esquizofrénicos. Hay, empero, una diferencia fundamental. Tanto en el sueño como en la esquizofrenia se produce una regresión alucinatoria hacia el extremo sensorial pero en tanto que en el sueño el polo motor (eferente; que descarga los estímulos) está cerrado, en la esquizofrenia permanece abierto con el consiguiente acceso a la motilidad. El efecto clínico es como si es paciente esquizofrénico estuviese viviendo una continua realidad onírica, pero en una vigilia cuyos límites se hacen más borrosos mientras mayor sea el grado de regresión. La represión marca la diferenciación entre los sistemas (consciente, preconsciente e inconsciente). En la esquizofrenia la represión se destruye y la personalidad es invadida y fracturada por el inconsciente y comienza a ser dirigida, en una forma

confusa y caótica en apariencia, por el proceso primario. Se pierden así las fronteras entre los sistemas. / Freud considera dos etapas en la gestación y en la evolución de la enfermedad. La primera se instala en forma paulatina e insidiosa, suele pasar desapercibida y consiste en un proceso de retirada gradual de las catexias de los objetos externos y de representaciones internas en el yo mismo; esta fase corresponde a la instalación del narcisismo. El esquizofrénico retira las cargas no tan sólo a nivel preconsciente-consciente, sino también esencialmente decatectiza "la cosa", la representación inconsciente; de esta forma, su mundo interno se transforma en un gran desierto. No ha perdido únicamente las personas; pierde también en este primer estadio su capacidad potencial de establecer relaciones, a un de concebirlas. En la segunda etapa, el esquizofrénico hace un intento de autocuración. Trata de recuperar a los suyos, recuperarse y reconstruir su mundo. Para ello, intenta devolver las cargas a los objetos, en un proceso estrepitoso, llamativo, donde aparecen, en un primer plano, las alucinaciones, las ideas delirantes, la agresividad, las estereotipias, etc. (síntomas secundarios de Bleuler) y que a menudo se confunden con las enfermedad misma, en lugar de ser vistos como esfuerzos de restitución. Queda en un universo en donde existen en forma confusa y fragmentaria relaciones con cascarones desprovistos de un real contenido afectivo. Esta incapacidad de recapturar la esencia afectiva de las relaciones interpersonales se plasma con toda claridad en síntomas tales como la disociación ideoafectiva, o en la fragilidad de la interacción con un terapeuta. Se produce también la regresión a una fase autoerótica, anobjetal (sin objetos) del desarrollo psicosexual; habría una confusión, una fusión y una falta de discriminación con el mundo. La esquizofrenia se estructura sobre un tipo de personalidad que, en rigor, no puede ser considerada patológica en sí misma, pero que presenta características de especial fragilidad, entre las cuales se destacan la introversión; una relativa pobreza libidinal en lo que concierne a las relaciones objetales y que se traduce en una intensa timidez; cierta rigidez frente a las situaciones vitales; una gran sensibilidad que, a veces, determina un gran temor al contacto, lo cual impulsa a este tipo de persona a buscar refugio dentro de sí misma; habitualmente tiene un contacto profundo con su propia fantasía. Su dificultad básica reside en le necesidad de compartir y en la enorme problemática para hacerlo. Además, la fantasía invade las estructuras más racionales de la personalidad y la desmorona, fracturándola. / **Tipo catatónico**: inmovilidad motora manifestada por catalepsia, o actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, o con movimientos estereotipados o por adoptarse posturas raras, o ecolalia o ecopraxia. / **Tipo desorganizado**: con lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad aplanada. / **Tipo indiferenciado**: cuando no se cumplen ninguna de las subdivisiones paranoide, desorganizado o catatónico. / **Tipo paranoide**: preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes. No hay lenguaje desorganizado ni afectividad aplanada. / **Tipo residual**: cuando hay ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o desorganizado, salvo que estén presentes en forma atenuada.

Estabilidad. En el contexto de la teoría general de sistemas, es la capacidad de un sistema para responder a las perturbaciones. Cuanto más pueda contrarrestar o compensar las perturbaciones, o cuanto mayores son las perturbaciones compensadas, más estable es el sistema. La idea de estabilidad puede generalizarse a los movimientos de las variables

de estado de un sistema, y se puede afirmar que un sistema es estable cuando puede compensar las perturbaciones, básicamente mediante un mecanismo de control o retroalimentación.

Estado. En la teoría general de sistemas, es una situación en la que se encuentra o podría encontrarse un sistema en un momento determinado. Hay estados permanentes y estados momentáneos, estados iniciales, estados intermedios y estados finales, etc., pero la distinción más importante se establece entre el estado de equilibrio y el estado uniforme.

Estado de ánimo. Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad. / Tipos de estado de ánimo: 1) **Disfórico**: es desagradable (p.e. tristeza, ansiedad o irritabilidad); 2) **Elevado**: sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría; 3) **Eutímico**: estado de ánimo ubicado dentro de la gama «normal», que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado; 4) **Expansivo**: ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobre valoración del significado o importancia propios; e 5) **Irritable**: fácilmente enojado y susceptible a la cólera.

Estandarización. En psicometría, es la definición de puntuaciones significativas comparados con el rendimiento de un "grupo de estandarización" al que se administró previamente el test.

Estereotipo. Generalizaciones y simplificaciones exageradas sobre las personas o grupos de personas. / En el marco de la psicología social, conjunto fijo de atributos que el observador de un grupo determinado adjudica a todos sus integrantes. / Generalizaciones acientíficas, y por ende poco confiables, que un individuo hace acerca de otro individuo o grupos.

Estimulante. Fármaco que aumenta la actividad motriz y psíquica del individuo.

Estímulo. Todo agente físico o químico capaz de producir una respuesta en un organismo viviente. Habitualmente se los clasifica en exteroceptivos (provenientes del ambiente, como un rayo luminoso o un sonido) e interoceptivos (p.e. dolor). En psicoanálisis son especialmente importantes el objeto y la palabra (estímulos externos) y las pulsiones (estímulos internos). / Forma de interacción entre el ser vivo y el medio, es el agente, condición o energía capaz de provocar una respuesta en un organismo determinado. En el campo de la psicología, los estímulos están unidos al proceso de aprendizaje, ya que a través de ellos se desencadenan conductas específicas. La disminución o desaparición de una respuesta ante un determinado estímulo es la forma más elemental de aprendizaje. Todo estímulo requiere de una intensidad para poder ser percibido. Existen seis clases: mecánicos, térmicos, ópticos, acústicos, químicos y eléctricos. / En psicología social, es cualquier fenómeno cuya presencia provoca en el organismo una reacción diferente a la que provocaría en su ausencia. En sociología se habla de "estímulos sociales" como aquellos que generan una respuesta en el individuo como miembro de grupo. Estímulos sociales son la opinión pública, los usos y costumbres, los fenómenos de masas y otros. **/ Estímulo adverso o aversivo**: denominación genérica de estímulos con cierta probabilidad de ser reforzadores negativos o estímulos punitivos. Evento inicialmente neutro que adquiere propiedades aversivas gracias a su apareameinto con otros eventos aversivos o con señales de que no ocurrirá reforzamiento. Tiene el efecto de reducir la fuerza de una conducta cuando se presenta como una consecuencia de esa conducta; se constituye en un estímulo que el individuo se esforzará por evitar. Es lo opuesto al estímulo

E

reforzador; algo que es percibido como displacentero o doloroso. / **Estímulo condicionado** (**EC**): Estímulo originalmente neutro, que finalmente suscita una respuesta incondicionada (innata) en el individuo (V. Condicionamiento clásico). / **Estímulo delta**: estímulo cuya presencia indica la no disponibilidad de un reforzador, por lo que si se emite la respuesta ésta no se verá reforzada. / **Estímulo discriminativo**: evento o estímulo antecedente que señala que se reforzará o castigará una respuesta determinada. Es decir, es un estímulo neutro que indica si la respuesta dará lugar o no a una consecuencia dada. / **Estímulo incondicionado** (**EI**): estímulo que no requiere de ninguna condición experimental particular para que se de su presentación (V. Condicionamiento clásico). / **Estímulo inhibitorio**: señal para la ausencia de estimulación aversiva. Evento o estímulo antecedente que señala que cierta respuesta no se reforzará o castigará. / **Estímulo neutro**: estímulo que no provoca ningún tipo de respuesta emocional; puede provocar una respuesta de orientación, pero tal respuesta de orientación desaparece muy rápidamente.

Estrés. Reacción fisiológica y psicológica del organismo frente a las demandas del medio. / Respuesta general e inespecífica del organismo a un estresor o situación estresante. La respuesta de estrés es la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda. Es el resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio. Se considera que una persona está en una situación de estrés o bajo un estresor cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer. Por ello, depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él. La respuesta de estrés consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y cognitiva, así como en la reparación del organismo para una intensa actividad motora. Estas respuestas favorecen una mejora en la percepción de la situación y sus demandas, un procesamiento más rápido y potente de la información disponible, posibilitan una mejor búsqueda de soluciones y selección de las conductas adecuadas para hacer frente a las demandas de la situación, y preparan al organismo para actuar de forma más rápida y vigorosa ante las posibles exigencias de la situación. La sobreactivación a estos tres niveles, fisiológico, cognitivo y conductual, es eficaz hasta un cierto límite, superado el cual tienen un efecto desorganizador del comportamiento. La exposición a situaciones de estrés no es en sí misma nociva. La respuesta de estrés es una reacción adaptativa que permite disponer de recursos excepcionales, posibilitando, en consecuencia, unas mejores realizaciones del organismo. Pero si la respuesta de estrés es excesivamente frecuente, intensa o duradera, puede tener consecuencias negativas, pues se obliga al organismo a mantener una activación por encima de sus posibilidades, facilitándose un desgaste excesivo de éste con alteraciones o deterioro en su funcionamiento. Cuando la conducta de afrontamiento llevada a cabo por el sujeto consigue eliminar o solucionar la situación ambiental elicitadora del proceso, se producirá una disminución de la activación fisiológica. Pero cuando el proceso se ve interrumpido en cualquiera de sus fases, se produce un mantenimiento constante de la activación, lo que puede llevar a la aparición de trastornos de diversa índole. Algunas características objetivas que con frecuencia presentan los eventos estresores, son: cambio o novedad en la situación estimular; falta de información e impredictibilidad de la situación; incertidumbre; ambigüedad de la situación y sobrecarga de información; falta de habilidades o conductas para afrontar la situación que se

presenta; y alteración de las condiciones biológicas del organismo. / Los aspectos implicados en la respuesta de estrés son: 1) Aspectos cognitivos: forma en que el sujeto percibe su medio o, en otros términos, filtra y procesa la información de éste y evalúa si las situaciones deben ser consideradas como relevantes o irrelevantes, agradables, aterrorizantes, inocuas, etc., determinará la forma en que la persona se verá afectada por el estrés; 2) Aspectos motores: respuestas básicas ante situaciones de estrés pueden ser bien de enfrentamiento (ataque), huida o evitación y, menos frecuentemente, pasividad (colapso). Disponer de habilidades adecuadas para hacer frente a las situaciones de estrés depende de si se han podido aprender las conductas pertinentes y de si la emisión de éstas ha sido reforzada en ocasiones en ocasione precedentes. Así mismo, la utilidad de las respuestas de afrontamiento vendrá determinada por sus consecuencias; y 3) Aspectos fisiológicos: las situaciones producen un aumento general de la activación del organismo. Se distinguen ejes de actuación de la respuesta de estrés a nivel fisiológico: el eje neural (sistema nervioso autónomo y sistema nervioso periférico) que se activa de manera inmediata e incluye respuestas como el aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial; el eje neuroendocrino, que es más lento en su activación e incluye respuestas cono el aumento de ácidos grasos y colesterol en la sangre, y la secreción de opiáceos endógenos; y el eje endocrino, que incluye respuestas como el aumento en la producción de glucosa, de úrea, y la exacerbación de la irritación gástrica. / Existen tres tipos de eventos estresores: 1) Sucesos vitales intensos y extraordinarios; 2) Sucesos diarios de menor intensidad; y 3) Situaciones de tensión crónica mantenida. Entre los instrumentos que evalúan el estrés se encuentran: la *Escala de Acontecimientos Molestos Cotidianos* de Kanner y col.; la *Escala de Estrés Percibido (PSS)* de Cohen, Kamarch y Mermelstein; el *Inventario de Solución de Problemas Sociales (SPSI)* de D´Zurilla y Nezu; el *Inventario de Modos de Afrontamiento (WOC* o *WCI)* de Folkman y Lazarus; el *COPE* de Carver, Scheier y Weintraub; la *Escala de Actividad de Jenkins (JAS)* de Jenkins, Rosenman y Zyzanski; el *Listado de Síntomas 90-R (SCL-90-R)* de Derogatis, Rickels y Rock; el *Inventario Breve de Síntomas (BSI)* de Derogatis y Spencer; *la Escala de Evaluación Psiquiátrica de Hopkins (HPRS)*; el *Perfil de Estrés de Derogatis (DSP)* de Derogatis; el *Inventario de Salud Conductual de Millon (MBHI)* de Millon, Green y Meagher; la *Escala de Gravedad de Enfermedades* de Wyler, Masuda y Holmes; y el *Inventario de Estrés y Síntomas de Everly (ESSI)* de Everly y Sobelman

Estrógenos. Hormonas endógenas que producen gran variedad de efectos fisiológicos. En el caso de las mujeres, dichos efectos comprenden acciones vinculadas con el desarrollo, efectos neuroendocrinos involucrados en el control de la ovulación, preparación cíclica de las vías de reproducción para la fecundación e implantación, y los principales efectos sobre el metabolismo de minerales, carbohidratos, proteínas y lípidos. A éstos se debe el desarrollo de las características sexuales secundarias y los cambios cíclicos en el epitelio vaginal y el endotelio del útero. Se sabe que cuando sus niveles descienden en la menopausia, aparece la osteoporosis, aumentan los ateromas (placas de grasa que se forman en las paredes de las arterias que dan lugar a trombosis, infartos, etc.), empeora el estado de ánimo y existe mayor incidencia de algunos tipos de cáncer.

Estructura. Conjunto de elementos que interactúan entre sí constituyendo un sistema o unidad múltiple (p.e. el vínculo y la conducta). Es múltiple porque está constituida por diversos elementos, y es una unidad porque esos elementos

no están aislados ni son independientes, sino que existen entre ellos relaciones de interacción e interdependencia en virtud de las cuales se modifican mutuamente. La configuración de las estructuras, sean normales o patológicas, está regida por los principios de policausalidad, pluralidad fenoménica, continuidad genética y funcional, y movilidad de las estructuras. Se citan algunos ejemplos de estructura, como por ejemplo el vínculo (o estructura vincular) y la conducta.

Estructuralismo. Tendencia filosófica que surgió en la década de los 60, especialmente en Francia. Aglutina autores muy diferentes y que se expresan en los más diversos campos de las ciencias humanas, tales como la antropología (C. Lévi-Strauss), la crítica literaria (R. Barthes), el psicoanálisis freudiano (J. Lacan), la investigación historiográfica (M. Foucault), o en corrientes filosóficas específicas como el marxismo (L. Althusser). El estructuralismo rechaza las ideas de subjetivismo, historicismo y humanismo, que son el núcleo central de las interpretaciones de la fenomenología y del existencialismo. Utilizando un método en neto contraste con los fenomenólogos, los estructuralistas tienden a estudiar al ser humano desde fuera, como a cualquier fenómeno natural, y no desde dentro, como se estudian los contenidos de conciencia. Con este enfoque, que imita los procedimientos de las ciencias físicas, tratan de elaborar estrategias investigativas capaces de dilucidar las relaciones sistemáticas y constantes que existen en el comportamiento humano, individual y colectivo, y a las que dan el nombre de "estructuras". No son relaciones evidentes, sino que se trata de relaciones profundas que, en gran parte, no se perciben conscientemente y que limitan y constringen la acción humana. La investigación estructuralista tiende a hacer resaltar lo inconsciente y los condicionamientos en vez de la conciencia o la libertad humana. El concepto de estructura y el método inherente a él llegan al estructuralismo no directamente desde las ciencias lógico-matemáticas ni de la psicología (escuela de la Gestalt) con las que éstas ya se encontraban operando desde hacía mucho tiempo. El estructuralismo obtiene sus instrumentos de análisis de la lingüística. De hecho, un punto de referencia común a los distintos desarrollos del estructuralismo ha sido siempre la obra de F. Saussure, *Curso de lingüística general* (1915), que, además de constituir un aporte decisivo para la fundación de la lingüística moderna, introduce el uso del método estructural en el campo de los fenómenos lingüísticos.

Estructuras cognitivas. *También llamados esquemas,* son estructuras del pensamiento de cada persona y sus patrones cognitivos estables mediante los que conceptualiza de forma idiosincrásica su experiencia. Se refieren a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que se puede, o no, ser conscientes. Pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), activarse y actuar a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas) (V. *Esquema*). / Propiedades organizativas de la inteligencia, organizaciones creadas a través del funcionamiento e inferibles a partir de la naturaleza de la conducta cuya naturaleza determinan. En un sentido amplio, las estructuras cognoscitivas incluyen desde las estructuras gestálticas a las estructuras operatorias.

Estudio de caso(s). Es, junto a la observación y la entrevista, una de las técnicas más utilizadas en la investigación cualitativa. / Investigación empírica que

estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real, en la que los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente visibles, y en la que se utilizan distintas fuentes de evidencia. / Estudios científicos de casos únicos o individuales, basados en notas tomadas por observadores, o en materiales biográficos. Usualmente proveen información útil y a profundidad, proporcionando una rica descripción de un individuo. Sin embargo, no producen información sobre causas y efectos. Tampoco explican el comportamiento, y si lo intentan, no hay manera de comprobar la validez de sus explicaciones. Los estudios de caso pueden verse afectados por los prejuicios y el sesgo del observador; éste puede hacer énfasis en determinados aspectos de una persona, y minimizar otros. Aunque esta técnica provee información importante sobre una persona, es cuestionable qué tan bien puede aplicarse a todas las personas.

Estudio paraclínico. Estudio que ayuda en la detección de daño cerebral ocasionado por diferentes patologías del sistema nervioso central y que apoya en el diagnóstico al clínico con el fin de establecer el grado de severidad del deterioro intelectual en el paciente con respecto a su funcionamiento previo. Así mismo, permite planear programas de rehabilitación específicos en cada paciente basándose en los hallazgos arrojados por la evaluación neuropsicológica de las funciones intelectuales sanas y afectadas.

Estudios longitudinales. Estudios en los que se mide y/o evalúa a las mismas personas más de una vez para identificar los cambios en su desarrollo a lo largo del tiempo. Puede medirse más de una característica, como tamaño del vocabulario, CI o agresividad. Igualmente pueden evaluarse diversos aspectos del desarrollo para encontrar interrelaciones entre los factores estudiados. Dado que las mismas personas son evaluadas en más de una oportunidad, este diseño da una visión del proceso de desarrollo. Así, los estudios longitudinales evalúan los cambios sufridos por una o más personas. La gran fortaleza de este tipo de estudios es su sensibilidad a los patrones de cambio individuales, dado que la información sobre los sujetos puede ser rastreada. Además, se evitan los efectos de cohorte (personas que crecen al mismo tiempo en el mismo lugar) o generacionales dentro de un estudio. Sus mayores desventajas son su alto costo, la cantidad de tiempo que se requiere para llevarlos a cabo, y la posibilidad que sus resultados sean afectados por la repetición de los tests o pruebas: las personas tienden a desempeñarse mejor en los últimos tests debido al "efecto de práctica", es decir, la familiaridad con los materiales y procedimientos de las pruebas.

Estudios secuenciales. Es una de las estrategias diseñadas para superar los inconvenientes de los estudios longitudinales y transversales. Este método combina ambos tipos de estudio: se evalúa más de una vez a los sujetos en una muestra transversal, y se analizan los resultados para determinar las diferencias que surgen a lo largo del tiempo en los diferentes grupos o sujetos.

Estudios transversales. Estudios en los que se evalúan en una sola oportunidad personas de diferentes edades. Proveen información sobre diferencias en el desarrollo entre diferentes grupos de edad. Por ejemplo, pueden hacerse estudios transversales para conocer el nivel de desarrollo cognitivo en personas de diferentes edades, desde la infancia hasta la vejez. En resumen, los estudios transversales evalúan las diferencias entre grupos de personas. Las ventajas de este tipo de estudio radican en que son más rápidos y económicos que los estudios longitudinales. Además, dado que los sujetos son evaluados sólo una vez, no hay problemas de abandono del es-

tudio (esto es, que los sujetos no deseen seguir siendo evaluados o estudiados y por ello decidan retirarse). La mayor desventaja de estos estudios está en que no pueden eliminar las influencias generacionales o de cohorte entre los sujetos nacidos en épocas diferentes.

Estupor. Estado en el que no se responde a la estimulación y se acompaña de inmovilidad y mutismo.

Etapa anal. (Psicoan.) Es la segunda etapa del desarrollo psicosexual del individuo. El tránsito de la etapa oral a la anal está determinado, desde el punto de vista de la maduración, por el proceso de la mielinización y las fantasías y objetos concomitantes. La complementación de la mielinización, que ocurre cerca de los dos y medio años de vida, implica que el niño puede, a nivel cortical, regular sus esfínteres; también tiene otras connotaciones: adquiere la estación bípeda y refuerza el equilibrio, lo cual significa que su entorno y su medio ambiente se amplían enormemente y, por lo tanto, tiene que desarrollar nuevas adaptaciones para poder manejar y controlar el mundo que lo rodea. Durante esta etapa no desaparecen las pulsiones instintivas que provienen de la fase oral anterior. Existe una continuidad epigenética: lo anal proviene de lo oral, que adquiere entonces un significado nuevo, centrado en las funciones de excreción y retención y se continúa hacia lo fálico-edípico, subordinado ahora a las metas de esta etapa. La zona erógena básica de esta fase es la mucosa del ano y el placer instintivo central está dado primeramente por el paso del bolo fecal a través del esfínter anal para la expulsión, y posteriormente para la retención. El objetivo fundamental de esta etapa es el control, o sea: control de esfínteres, control de sí mismo, control de los objetos, control social. El acto de expulsión de la materia fecal de su retención constituye el patrón de una serie de fantasías, modalidades de relación interpersonales y mecanismos adaptativos. Por una parte, la excreción constituye el modelo del acto de dar. Dar en un sentido expulsivo, proyectivo y agresivo; dar a manera de regalo; dar o no dar como manejo social. Parte del valor que tienen las materias fecales se relaciona con la actitud que tienen los padres hacia las deposiciones del niño y con los mecanismos de manejo social y obediencia y rebeldía. La transición de la primera a la segunda etapa anal (retentiva) constituye un buen ejemplo de cómo una modalidad instintiva a la cual se escapa, se transforma en sí misma, en nueva fuente de placer. El placer proporcionado por la expulsión se coarta a medida que la educación y la sanción social impiden al niño jugar con objetos que ensucian y particularmente con excrementos. El niño retiene, entonces, por angustia y miedo, pero esta retención se libidiniza secundariamente con el ingrediente adicional del placer derivado de lo furtivo y secreto. De allí el vínculo entre lo anal y actividades de tipo clandestino. El control en la fase expulsiva es más brutalmente proyectivo y guarda más relación con lo paranoide. Se basa en la humillación, en la fuerza física, en la tortura y en el aniquilamiento. El control basado en la segunda etapa anal es más sutil y se estructura más sobre la base de la retención. / La persona con carácter obsesivo presenta una disociación entre un yo precozmente desarrollado y una regresión de la libido: el yo avanza hasta lo fálico en tanto que la libido retorna a la etapa anal. / La sublimación de lo anal tiene mucho que ver con los sistemas éticos y con la creatividad en la literatura, la música y con más claridad en las artes plásticas.

Etapa de adquisición. Primera etapa de la teoría propuesta por Warner Schaie, quien considera que el desarrollo intelectual procede en relación con el reconocimiento que hacen las personas de lo que es significativo e importante en sus propias vidas. Se da en la niñez

y la adolescencia. Los sujetos adquieren información o destrezas principalmente por su propio valor o como preparación para participar en la sociedad.

Etapa de las operaciones concretas. Tercera etapa del desarrollo cognitivo propuesto por Piaget. Va desde los siete hasta los doce años. El niño puede resolver los problemas lógicamente si éstos se enfocan en el aquí y el ahora. El tipo de pensamiento que caracteriza esta etapa es el pensamiento operacional: los niños pueden usar símbolos para llevar a cabo operaciones –esto es, actividades mentales, opuestas a las actividades físicas que constituían la base para la mayor parte del pensamiento temprano. Por primera vez, se hace posible la lógica. Aunque en la etapa preoperacional los niños pueden hacer representaciones mentales de los objetos y eventos que no están inmediatamente presentes, su aprendizaje aún se encuentra atado a la experiencia física. En la etapa de las operaciones concretas los niños se desempeñan mucho mejor clasificando, trabajando con números, manejando conceptos de tiempo y espacio, y distinguiendo la realidad de la fantasía. Dado que ahora son mucho menos egocéntricos, pueden descentrarse. Esto es, pueden tener en cuenta todos los aspectos de una situación, más que simplemente enfocarse en un solo aspecto de la misma. Su creciente capacidad para entender el punto de vista de las otras personas les permite comunicarse de manera más efectiva, y ser más flexibles en su pensamiento moral. Sin embargo, aunque piensan de manera más lógica que los niños más pequeños, su pensamiento está anclado en el aquí y el ahora. Según Piaget, sólo hasta la etapa de las operaciones formales, que usualmente viene con la adolescencia, los jóvenes lograrán pensar de manera abstracta, probar hipótesis y entender probabilidades (V. *Conservación*, *Moral autónoma* y *Moral heterónoma*).

Etapa de las operaciones formales. Cuarta etapa del desarrollo cognitivo propuesto por Piaget. Va desde los doce años hasta la adultez. La persona puede pensar en términos abstractos, lidiar con situaciones hipotéticas, y pensar sobre diversas posibilidades. El llegar a esta etapa da al adolescente una nueva manera de manipular -u operar sobre- la información. La persona ya no está limitada al aquí y el ahora, como en la etapa previa, de las operaciones concretas. Ahora puede manejar abstracciones, probar hipótesis y ver infinidad de posibilidades. Este avance permite al adolescente analizar doctrinas y formas de pensamiento, construir y elaborar sus propias teorías, y reconocer que no hay respuestas definitivas. Este tipo de pensamiento tiene implicaciones emocionales, pues conduce a que el adolescente desarrolle un nuevo modelo de vida: lo posible y lo ideal cautivan tanto su mente como sus sentimientos; aumentan la flexibilidad y la complejidad del pensamiento. Esta madurez cognitiva surge porque el cerebro ha madurado y el medio social se ha venido ampliando, ofreciendo más oportunidades para la experimentación.

Etapa de logro o realización. Segunda etapa de la teoría propuesta por Warner Schaie, quien considera que el desarrollo intelectual procede en relación con el reconocimiento que hacen las personas de lo que es significativo e importante en sus propias vidas. Va desde los últimos años de la adolescencia o primeros de la segunda década hasta los primeros de la tercera década. Los adultos jóvenes no adquieren ya conocimientos por su valor intrínseco; usan lo que saben para llegar a ser competentes e independientes.

Etapa de responsabilidad. Tercera etapa de la teoría propuesta por Warner Schaie, quien considera que el desarrollo intelectual procede en relación con el reconocimiento que hacen las personas

de lo que es significativo e importante en sus propias vidas. Va de la tercera hasta la sexta década de vida. Las personas de mediana edad se preocupan por metas a largo plazo y problemas prácticos asociados con sus responsabilidades hacia otras personas.

Etapa ejecutiva. Cuarta etapa de la teoría propuesta por Warner Schaie, quien considera que el desarrollo intelectual procede en relación con el reconocimiento que hacen las personas de lo que es significativo e importante en sus propias vidas. Esta etapa, que va desde la tercera o cuarta década hasta la mediana edad, las personas son responsables por los sistemas sociales (gobierno, negocios, instituciones) más que simplemente por su familia; necesitan integrar relaciones complejas en una diversidad de niveles.

Etapa fálica. (Psicoan.) Es la tercera etapa del desarrollo psicosexual de los individuos. Durante la niñez, la zona de placer pasa del ano a la zona genital. Durante esta etapa, el niño es influenciado por los vínculos sexuales hacia su madre, y la niña hacia su padre, y por la rivalidad con respecto al padre del mismo sexo. Surge la envidia del pene (V. *Edipo* y *Envidia*).

Etapa genital. (Psicoan.) Última etapa del desarrollo psicosexual de los individuos. Va desde la pubertad y a lo largo de la adultez. Se caracteriza por la organización de la libido alrededor de las zonas genitales. Se compone de dos tiempos, separados por el período de latencia: uno la fase fálica (u organización genital infantil) y el segundo, la organización genital propiamente dicha, que inicia en la pubertad. Con la organización genital, las modalidades de satisfacción libidinales de las fases anteriores se unifican y jerarquizan definitivamente, en los órganos genitales y el placer inherente a las zonas erógenas pregenitales se vuelve preliminar al orgasmo. Esta integración de las tres fases pregenitales llega a tal punto que después de la pubertad permite la reconciliación del orgasmo genital y las necesidades sexuales extragenitales, el amor y la sexualidad, y de los patrones sexuales, los procreadores y los productivos (sublimación). Según Freud, los cambios fisiológicos de la pubertad vuelven a despertar la libido. Los deseos sexuales de la etapa fálica, reprimidos durante la latencia, resurgen ahora para fluir en canales socialmente aceptados –relaciones sexuales heterosexuales con personas fuera de la familia. El segundo tiempo de la fase genital se elabora la identidad sexual del individuo. En la adolescencia temprana los contactos son predominantes con jóvenes del mismo sexo como una forma de reafirmar su identidad. Forman grupos del mismo sexo que les permiten compartir vivencias, ensayar y comentar conductas en relación con el sexo opuesto y calmar sus temores e inseguridades en relación con estos contactos. Algunas conductas presentadas por los adolescentes en esta etapa pueden aparecer de corte homosexual, pero en realidad no lo son. Las relaciones amorosas se inician con interés en el sexo opuesto, que será seguido por un interés inconsciente o consciente de serle atractivo(a) a éste. Posteriormente el adolescente se enamora, primero de personas mayores a ellos y no disponibles. Estos amores no accesibles le brindan al joven la seguridad de que podrá explorar en la fantasía todo lo que desee y sin que deba enfrentarse a la persona amada en la realidad. Al llegar al adolescencia media, el y la joven comienzan a sentirse más confortables con personas del sexo opuesto y de su edad. Aquí las relaciones amorosas son, por lo general, de corta duración y es el inicio de la exploración sexual. Con el tiempo el y la adolescente se ligan a una persona específica en relaciones más duraderas, donde aparece una mayor preocupación por los sentimientos y deseos del

otro, así como por una relación sexual genital. Como parte de la sexualidad adolescente la masturbación es una actividad normal, que es practicada sobre todo por los varones. Esta preponderancia en los varones se debe a que, tanto hombre como mujeres, aprenden una respuesta diferente hacia sus impulsos sexuales impuesta por la cultura, donde la mujer debe guardar sus genitales puros e intactos, mientras que el hombre debe ser experimentado en lo sexual. A esta diferencia también contribuye la distinta conformación de los genitales masculinos y femeninos. El hombre está familiarizado con su pene y se siente orgulloso de él, experimenta orgasmos completos con eyaculación. La mujer no conoce bien sus genitales y son las características secundarias sexuales las que les muestra que ha iniciado un nuevo período, el orgasmo está usualmente ausente por mucho tiempo pero la joven siente un erotismo difuso en todo el cuerpo. La masturbación permite que el y la adolescente conozcan la anatomía y funcionamiento de sus genitales, que liberen las tensiones sexuales acumuladas y que se preparen para las relaciones genitales en pareja.

Etapa oral. (Psicoan.) Primera etapa del desarrollo psicosexual de los individuos. Un fundamento básico de esta etapa es la lactancia. La zona erógena central está constituida por la mucosa de los labios y del paladar. El mundo del niño está determinado por su relación con el pecho, lo cual no se refiere únicamente al pecho anatómico, sino especialmente a lo que Winnicott denomina “función seno”, con lo que hace referencia a las sensaciones de calor, estímulos propioceptivos, tranquilización, aceptación de las proyecciones hambrientas y agresivas del niño y el hecho de sostenerlo calmadamente. El objetivo de esta función seno se cristaliza en lo que este autor llama *holding*. En el comienzo de la vida, el niño existe en un estado de no-diferenciación con el mundo que le circunscribe y condensa en el pecho de la madre; el niño existe en función de la madre y ésta en función del niño. La finalidad central de la etapa oral es la incorporación. El aparato psicobiológico está diseñado y construido para poder incorporar e introyectar a través de cualquier órgano o sistema de órganos. Así, el niño “devora” el alimento, el mundo y los valores, por la piel, las sensaciones, los sonidos y muy particularmente los ojos. El modelo oral es el más primitivo de relación, tanto para diferenciarse como para intentar fusionarse con el objeto. Así, pues, la primera realidad del niño se relaciona con las vicisitudes de su propia oralidad y el primer juicio de realidad tiene que ver con si algo es digerible y, por lo tanto, susceptible de ser introyectado o no, en cuyo caso se proyecta y se considera ajeno y externo. Las ansiedades básicas de la primera etapa oral tienen que ver con temores profundos de abandono y de muerte (lo que corresponde a la realidad vital del niño: si la madre lo abandona, en efecto muere); de confusión (fusión-con, indiferenciación, pérdida de fronteras); de vaciamiento.

Etapa preoperacional. Segunda etapa del desarrollo cognitivo propuesto por Piaget. Va desde los dos hasta los siete años. El infante desarrolla un sistema representacional y usa símbolos como las palabras para representar personas, lugares y eventos. Sin embargo, aún no puede usar la lógica. Piaget propuso que el pensamiento simbólico comienza en la sexta y última subetapa del periodo sensoriomotriz; los niños pequeños comienzan a generar ideas y resuelven problemas a través de representaciones mentales, limitadas a cosas que están físicamente presentes. En esta etapa, los niños pueden pensar sobre objetos, personas o eventos en su ausencia, usando representaciones mentales de éstos. Esta etapa es un paso significa-

tivo, ya que los niños pueden aprender no sólo sintiendo y haciendo las cosas, sino que también pueden hacerlo pensando simbólicamente; no sólo actuando, sino también reflexionando sobre sus propias acciones. El mayor y más importante logro de esta etapa es la función simbólica: la capacidad de aprender usando símbolos. Los niños pueden ahora usar el lenguaje para representar cosas ausentes, y eventos que no están ocurriendo en el momento presente. El pensamiento simbólico es, entonces, un gran avance sobre la etapa sensoriomotriz. Los niños hacen manifiesta la función simbólica de tres formas: la imitación diferida, el juego simbólico y el lenguaje. La imitación diferida es la imitación de una acción observada en una ocasión anterior (p.e. la niña ha visto a una artista cantando en la televisión. Luego, la imita cantando también). El juego simbólico es aquel en el cual el niño hace que un objeto represente otro (p.e. la niña usa un cepillo para representar el micrófono de la cantante). Otro de los logros es la comprensión de las identidades y las funciones. El mundo está más ordenado y es más predecible ahora, dado que los niños tienen un conocimiento básico tanto de las identidades como de las funciones. También comprenden algunas relaciones funcionales básicas entre las cosas y los eventos (p.e. saben que si halan una cuerda, se abre la cortina; si mueven un interruptor, se enciende la luz). Aunque no entienden claramente cómo una acción causa o genera otra, sí perciben la conexión entre ambas. Las limitaciones del pensamiento preoperacional son: la centración, que no permite a los niños analizar los diversos aspectos de una situación, y que conduce a su vez a la dificultad para la conservación (v. *Centración* y *Conservación*); la irreversibilidad, que es la dificultad para entender que en una operación se pueden regresar los elementos a su orden inicial (v. *Conservación*); el fijarse en los estados más que en las transformaciones (los niños se enfocan en las etapas sucesivas pero no pueden entender el significado de la transformación de un estado a otro (v. *Conservación*); razonamiento transductivo (los niños se mueven de lo particular a lo particular sin tener en cuenta lo general; no hay inducción ni deducción); y el egocentrismo (incapacidad de ver las cosas desde el punto de vista de otros. Esto porque los niños consideran que son el centro de todo, razón por la cual no pueden considerar ninguna otra cosa (V. *Egocentrismo*).

Etapa reintegradora. Quinta y última etapa de la teoría propuesta por Warner Schaie, quien considera que el desarrollo intelectual procede en relación con el reconocimiento que hacen las personas de lo que es significativo e importante en sus propias vidas. Se da en la adultez avanzada. Los adultos mayores, que pueden haber dejado pasar el involucrarse socialmente, y cuyo funcionamiento cognitivo puede estar limitado por los cambios biológicos, son frecuentemente más selectivos en cuanto a las tareas a las que dedican esfuerzo. Se centran en el propósito de lo que hacen y se concentran en tareas que tienen algún significado para ellos.

Etapa sensoriomotriz. Primera etapa del desarrollo cognitivo propuesto por Piaget. Va del nacimiento hasta los dos o tres años de edad. El infante cambia de un ser que responde primariamente a través de reflejos y un comportamiento aleatorio, a un niño que puede organizar actividades en relación con el medio, dirigidas a objetivos. Aprende a través de la actividad motora y sensorial, coordina la información que recibe a través de sus sentidos, y progresa de un aprendizaje por ensayo y error al uso de una introspección rudimentaria para resolver problemas simples. Hay seis subetapas: 1) Uso de reflejos (del nacimiento al primer mes), en la cual el infante ejercita sus reflejos innatos y gana cierto control

sobre ellos. No coordina la información que proviene de sus sentidos. No ha desarrollado la "permanencia de objeto"; 2) Reacciones circulares primarias (del primer al cuarto mes). El infante repite comportamientos placenteros que inicialmente ocurrieron por casualidad (v. *Reacciones circulares*). Las actividades se enfocan en el cuerpo del infante más que en los efectos del comportamiento sobre el medio. Realizan las primeras adaptaciones; comienzan a coordinar información sensorial. Aún no han desarrollado la permanencia de objeto; 3) Reacciones circulares secundarias (de los cuatro a los ocho meses). El infante se interesa más en el medio y repite las acciones que traen resultados interesantes (v. *Reacciones circulares*). Las acciones son intencionales pero no van dirigidas a lograr objetivos. Muestra una permanencia de objeto parcial: buscará un objeto parcialmente escondido; 4) Coordinación de los esquemas secundarios (de los ocho a los doce meses). El comportamiento es más deliberado y resuelto en la medida en que el infante coordina esquemas aprendidos con anterioridad, y utiliza comportamientos aprendidos para lograr sus objetivos. Anticipa eventos. Se está desarrollando aún la permanencia de objeto; 5) Reacciones circulares terciarias (de los doce a los dieciocho meses). El infante muestra curiosidad a medida que decididamente varía sus acciones para ver los resultados. Explora activamente su mundo para determinar si un objeto, evento, o situación son nuevos. Prueban nuevas actividades y usan el ensayo y error para resolver problemas; 6) Combinaciones mentales (de los dieciocho a los veinticuatro meses). Dado que el infante ha desarrollado un sistema simbólico primitivo para representar eventos, ya no está limitado resolver los problemas por ensayo y error. Su sistema de símbolos le permite comenzar a pensar sobre los eventos y anticipar sus consecuencias sin recurrir siempre a los hechos. Empieza a demostrar una especie de introspección. Se ha desarrollado totalmente la permanencia de objeto.

Ética. También denominada filosofía moral, es la disciplina filosófica que reflexiona sobre el sentido, validez y licitud (bondad o corrección) de los actos humanos individuales y sociales en la convivencia social. / Modo subjetivo que tiene una persona o un grupo humano determinado de encarnar los valores morales. / Cuando la ética reflexiona no se preocupa por buscar cuales son -sociológicamente hablando-, las distintas "sensibilidades" morales subjetivas que se dan en las sociedades, sino que intenta buscar aquellos criterios universales, que eliminen la arbitrariedad de las relaciones humanas y lleven a que el ser humano se haga cada vez más plenamente hombre. Se ocupa pues de encontrar las convergencias axiológicas racionalmente justificables para todo ser humano, aún cuando estas convergencias sean muy reducidas y haya todavía mucho por recorrer en su búsqueda. / Contenidos fundamentales de la ética: 1) Ética fundamental: se preocupa de las condiciones epistemológicas que debe tener la reflexión ética, de los principios y teorías sobre las que se basan los juicios morales, y en suma, pone en evidencia las distintas concepciones antropológicas y cosmológicas que subyacen a las teorías éticas; 2) Ética de la persona: se preocupa de los dilemas éticos que se suscitan en el ser humano cuando, como individuo, es puesto en relación con sus semejantes. Comprende entre sus ramas fundamentales, a la Bioética, (que a su vez comprende a la ética bio-sanitaria, a la psicoética y a la ética sexual) la ética de las relaciones interpersonales (familiares, amistosas) y la ética de los pequeños grupos humanos (barrio, etc.); y 3) Ética socio-política: aún considerando que toda ética es personal, se preocupa de aquellos dilemas suscitados en ámbitos que trascienden a las relaciones

interpersonales y tienen lugar en la sociedad o en las instituciones de ésta. La ética de la dinámica política, la ética de los sistemas económicos, de las relaciones laborales o comerciales, la ética de los medios de comunicación de masas, son algunos de los problemas prácticos abordados por esta rama de la ética.

E

Etología. Ciencia que estudia los patrones del comportamiento animal en ambientes naturales, haciendo énfasis en el análisis de la adaptación y la evolución de dichos patrones.

Etnocentrismo. Tendencia a concebir al propio grupo como centro de todo y a calificar a todas las demás personas por referencia a él.

Euforia. Estado de excitación psíquica que se acompaña de un alto tono afectivo.

Eutanasia activa. Acción ejecutada deliberadamente con el propósito de terminar la vida y así acabar con el sufrimiento y/o cumplir la voluntad de un paciente terminal. La eutanasia pasiva consiste en detener o disminuir los efectos de un tratamiento que puede extender la vida del enfermo terminal.

Eutanasia pasiva. V. *Eutanasia activa*.

Eutimia. Fases de normalidad entre los episodios de manía o de depresión (en el Trastorno Bipolar). Durante este tiempo el paciente no presenta ningún síntoma activo del trastorno y puede llevar una vida absolutamente normal.

Evaluación conductual. Identificación y medición de unidades de respuesta significativas y de las variables tanto ambientales como organísmicas que las controlan, con el propósito de entender y alterar el comportamiento humano. Pretende el análisis objetivo de los comportamientos relevantes de un sujeto (con los niveles de complejidad necesarios: respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas), así como la detección de las variables, tanto organísmicas como ambientales, que provocan o mantienen dichos comportamientos.

Evento aversivo. Estímulo que suprime la conducta a la que procede o incrementa la conducta que conduce a su finalización.

Evitación. (Psicoan.) Es uno de los mecanismos de defensa. Corresponde a un conjunto de maniobras defensivas mediante las cuales el yo elude objetos o situaciones, que simbólicamente plasman en el afuera los temores del adentro. / (Psi. cond.) Cuando la estimulación aversiva es predecible y controlable, como ocurre cuando hay una señal externa que antecede al estímulo nocivo, y si la respuesta ante esta señal puede prevenir la aparición de dicho estímulo, se está aplicando un procedimiento de evitación. En este proceso intervienen tanto principios de condicionamiento clásico como operante. Una de las características más importantes de las respuestas de evitación es que son extremadamente resistentes a la extinción.

Evocación. Habilidad para reproducir el conocimiento que está en la memoria. Se empieza a desarrollar en la niñez temprana (V. *Niñez*).

Exaltación. Modificación del tono afectivo que se caracteriza por sentimientos de euforia.

Exhibicionismo. Parafilia caracterizada por la presencia, durante un período de por lo menos seis meses, de fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes e impulsos sexuales o comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. / (Psicoan.) V. *Edipo*.

Exogrupo. Unidad social con la que el individuo no se identifica o de la cual no forma parte.

Exosistema. Escenarios sociales próximos que afectan las experiencias de los individuos. Pueden ser relaciones formales como el lugar de trabajo de los padres, los servicios de salud y bienestar de la comunidad, la red social de la familia o incluso miembros de la familia extensa. El exosistema es muy importante en el apoyo al desarrollo del individuo. Compuesto por la comunidad más próxima, incluye también las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel individual, como serían la escuela, la iglesia, los ámbitos laborales, las instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad.

Expectativa. Valoración subjetiva de la posibilidad de alcanzar un objetivo particular. Bandura distingue dos clases de expectativas: de eficacia (confianza en que uno puede realizar la conducta precisa) y de resultado (confianza en que una determinada conducta de un determinado resultado una vez realizada).

Experimento. Estudio en el cual el investigador manipula o varía una o más variables (llamadas variables independientes) y mide otras variables (llamadas variables dependientes). En un sentido amplio, es toda modificación introducida deliberadamente en la realidad con el fin de examinar sus efectos o consecuencias. En su acepción más general, un experimento consiste en aplicar un estímulo a un individuo o grupo de individuos y ver el efecto de ese estímulo en alguna(s) variable(s) del comportamiento de éstos. Esta observación se puede realizar en condiciones de mayor o menor control. El máximo control se alcanza en los "experimentos verdaderos". Se deduce que un estímulo afectó cuando se observan diferencias –en las variables que supuestamente serían las afectadas- entre un grupo al que se le administró dicho estímulo y un grupo al que no se le administró, siendo ambos iguales en todo excepto en esto último. Hay dos contextos en donde pueden realizarse los experimentos: el laboratorio y el campo. El **experimento de campo** es aquel en el cual el investigador introduce en un medio natural una variable independiente a fin de determinar sus efectos sobre la conducta. En el **experimento de laboratorio** se emplean medios e instalaciones especialmente construídos para poder determinar con más facilidad la relación enre las variables dependiente e independiente. Otro tipo de experimento, **por demostración**, es un procedimiento para recoger datos en el cual el investigador introduce una "sorpresa solapada" o perturba de algún modo las interacciones entre las personas, con el fin de poner de relieve expectativas de las que normalmente no se tienen conciencia.

Éxtasis. El éxtasis o MDMA es una droga alucinógena de síntesis. Es un derivado anfetamínico capaz de alterar el comportamiento y las funciones vitales del organismo. En su forma más pura es un polvo cristalino. Usualmente se usa en forma de cápsula, pastillas comprimidas (cuyas formas, colores e inscripciones son muy variadas) o polvo suelto. El método común de administración es por vía oral o nasal pero también puede fumarse o inyectarse. Cuando el MDMA es tomado oralmente, los efectos se empiezan a manifestar alrededor de 30-45 minutos después de la ingestión. Si es inhalado, fumado o inyectado se siente mucho más rápido. Los efectos primarios alcanzan su pico de una hora a hora y media de la ingestión y se mantienen en ese pico por alrededor de dos horas. Estos efectos (*rush* o *peaking*) terminan casi completamente entre las 4 y 6 horas después de la ingestión. Los efectos secundarios (empatía) pueden ser sentidos inclusive días después de la ingestión. Efectos terciarios pueden durar indefinidamente. El MDMA produce un incremento en la presión arterial y el pulso. En la mayoría de las personas, es simi-

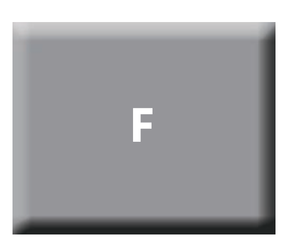
lar a la diferencia existente entre estar tranquilo y pasar al ejercicio moderado. Problemas en el hígado y/o riñones también son contraindicados. El hígado es el principal neutralizador de las drogas, mientras que los riñones son los principales órganos en filtrar las drogas de la sangre. La euforia que induce el MDMA puede enmascarar señales de advertencia corporales, así que esté muy atento hacia señales de deshidratación, espasmos musculares, desorientación, agotamiento agudo o sobre-ejercitación.

Extinción. Proceso activo durante el cual va disminuyendo gradualmente la probabilidad de que se produzca una respuesta condicionada (V. *Refuerzo*).

Extroversión. Según C. G. Jung, característica del individuo "de naturaleza conciliadora", aparentemente abierta y disponible, que se adapta fácilmente a cualquier situación, se relaciona sin problemas y se aventura sin dificultades y con confianza a situaciones desconocidas. El individuo extrovertido piensa, siente y obra en relación al objeto o ambiente; toma sus determinaciones por lo que viene desde fuera, tanto si se basa en objetos materiales como en el conocimiento externo común a su cultura; tiene una moral basada en la convención social, que más que una adaptación es una acomodación, ya que no le servirá si se cambia de cultura, o si está en una subcultura errónea. El inconsciente del extrovertido compensa la excesiva represión de la subjetividad con el desarrollo de una tendencia egocéntrica e infantil; mientras mayor sea la extroversión consciente, mayor será el egoísmo inconsciente.

Eyaculación precoz. Trastorno del orgasmo caracterizado por la eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales y no es debida exclusivamente a los efectos directos de alguna sustancia. Puede ser de toda la vida o adquirido, general o situacional, y debido a factores psicológicos o debido a factores combinados.

Eyaculación retardada. Disfunción sexual también denominada *coitus reservatus*. Se caracteriza por una excesiva lentitud en el tiempo de funcionamiento sexual. La queja principal es el retardo con el que se eyacula. Al principio, el paciente se siente satisfecho porque puede complacer a parejas que requieren de tiempo para llegar al orgasmo. Pero posteriormente se convierte en una situación complicada. Es necesario aclarar que el orgasmo y la eyaculación son dos fenómenos diferentes, aunque se presentan generalmente unidos. La eyaculación es la acción de arrojar semen a través del conducto uretral. El orgasmo masculino es la sensación de placer intenso que se experimenta al eyacular. En el caso de la eyaculación retardada, el hombre es capaz de conseguir el orgasmo como resultado de la masturbación, pero no durante el coito. Entre las causas de la eyaculación retardada se encuentran las orgánicas, producto de lesiones de la médula espinal originadas por traumatismos, enfermedades desmielinizantes, tumorizaciones, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus, carcinomas, alcoholismo crónico, lesiones neuronales y motoras superiores, entre otros padecimientos. También el retardo puede ser producido por algunos fármacos, o por tratamientos médicos mal empleados o aplicados, tales como las intervenciones quirúrgicas defectuosas de los nervios simpáticos, mala administración de sedantes, abuso de alcohol o drogas como la cocaína y los barbitúricos, o el uso prolongado y sin control de antipsicóticos y antidepresivos. En la eyaculación retardada y en la anorgasmia (incapacidad para llegar al orgasmo), se observan mecanismos psicológicos de anulación o disminución de las sensaciones de placer y de la relajación, lo cual puede reducir la actividad sexual a un acto mecánico, interminable y definitivamente no placentero.



Fachada. Mecanismos expresivos a los que recurre un individuo deliberadamente o no al presentarse ante los demás. Se compone de la escenografía (elementos espaciales y materiales –utilería- que emplea el individuo para la puesta en escena de su actuación), la apariencia y los modales.

Factores disposicionales (***setting factors***). Condiciones o cambios ambientales que alteran los efectos de otras relaciones E-R más específicas (p.e. ciclos de sueño o de digestión, cambios orgánicos que siguen a un accidente, enfermedad, cirugía o drogas, deprivación/saciedad de contacto social, de alimento, o de otros estímulos).

Factores normativos. Influencias normativas de la edad. Son definidos como determinantes biológicos y ambientales íntimamente relacionados con la edad cronológica. Son normativas por cuanto que por lo general se presentan en todos los miembros de una cultura. Ejemplo de ellos son la jubilación, la escolarización, la primera menstruación y la menopausia. / **Factores normativos relacionados con la historia**: son acontecimientos y normas completamente generales experimentados por una unidad cultural en conexión con el cambio biosocial. Son normativos si afectan a la mayoría de los miembros de una cohorte (misma generación) de forma similar. Ejemplos de estos factores son las depresiones económicas, las guerras, las epidemias y los cambios políticos importantes. / **Factores no normativos en el desarrollo del ciclo vital**: se refieren a determinantes biológicos y ambientales que son significativos en su efecto sobre historias vitales, individuales pero no generales. Ejemplos de este tipo de influencia son un cambio de trabajo, la muerte de un familiar cercano o el divorcio.

Factores psicológicos que afectan una condición médica. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas: han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación; interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica; constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona; las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica. De acuerdo con la naturaleza de los factores psicológicos, son: trastorno mental que afecta a una enfermedad médica (p.e. un trastorno depresivo mayor que retrasa la recuperación de un infarto de miocardio); síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica (p. e. síntomas depresivos que retrasan una recuperación quirúrgica; ansiedad que exacerba una crisis de asma); rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica (p. e. negación patológica de la necesidad de cirugía en un paciente con cáncer; comportamiento hostil e impaciente que contribuye a la enfermedad cardiovascular); comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica (p. e. sobrealimentación, falta de ejercicio, comportamientos sexuales de riesgo); respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica (p. e. exacerbación de una úlcera relacionada

con el estrés, hipertensión, arritmia o cefalea tensional); y otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica (p. e. factores interpersonales, culturales o religiosos).

Falsación. Estrategia que consiste en la contrastación de hipótesis con la realidad mediante la búsqueda de las mejores pruebas materiales o datos que puedan rechazarla o refutarla. Esta es la esencia del método científico de Karl Popper, denominado racionalismo crítico.

Familia. Se define a la familia como el territorio en el que se aprende de la experiencia, como un benévolo modelo en escala del mundo exterior y contexto determinante de las conductas normales y anormales del ser humano. / Según Fromm, escoger la forma en la cual escapamos de la libertad tiene bastante que ver con el tipo de familia en la que crecemos. Este autor describe dos tipos de familias no productivas: 1) Familias simbióticas: la simbiosis es la relación estrecha entre dos organismos que no pueden vivir el uno sin el otro. En una familia simbiótica, algunos miembros de la familia son "absorbidos" por otros miembros, de manera que no pueden desarrollar completamente sus personalidades por sí mismos; y 2) Familias apartadas: su principal característica es su gélida indiferencia e incluso su odio helado. Aún cuando el estilo familiar de "repliegue" ha estado siempre con nosotros, ha llegado solo a dominar algunas sociedades en los últimos pocos cientos de años; esto es, desde que la burguesía (la clase comerciante) arribó a la escena con fuerza. / En el marco de la psicología social, la familia se define de la misma manera que grupo, sólo que deben agregarse a las constantes de espacio y tiempo, los vínculos de parentesco. La familia es el sostén de la organización social, unidad primaria de interacción que se establece sobre la base de un interjuego de roles diferenciados. Su carácter de estructura surge de la necesaria interdependencia de los roles correspondientes a la situación triangular básica (padre, madre e hijo), emergentes de las relaciones y diferencias funcionales y biológicas. Esta situación triangular básica y universal, con sus posibles variantes culturales, determina el modelo que seguirán las interrelaciones familiares. Cómo unidad básica de interacción, la familia aparece como el instrumento socializador, en cuyo ámbito el sujeto adquiere su identidad, su posición individual dentro de la red interaccional. La funcionalidad y la movilidad de dicha posición señalarán el grado y naturaleza de adaptación a ese contexto grupal, del que cada sujeto es portavoz. La tarea del grupo familiar es la socialización del sujeto, proveyéndole de un marco y un basamento adecuados para lograr una adaptación activa a la realidad en la que se modifica él y modifica al medio en un permanente interjuego dialéctico. Además, como estructura social básica, la familia es el modelo natural de toda situación grupal.

Familiarización. Mecanismos de clasificación, categorización, etiquetamiento, denominación y explicación que, sujetos a una lógica específica, permiten asumir lo extraño haciéndolo familiar, es decir, acercándolo mediante los mecanismos indicados a lo ya conocido, asemejándolo a los sabido. Junto con la naturalización y la habituación, son las vías para aceptar, conocer y relacionarse con lo extraño, con lo diverso; para hacerlo aceptable, admisible y también para internalizarlo y considerarlo como parte "del modo de ser del mundo". Son los mecanismos microsociales que mantienen ciertas estructuras y ciertos modos de vida, a la vez que sostienen la permanencia o éxtasis social. / En el marco de la investigación cualitativa, se denomina así al proceso sociocognoscitivo en el cual los agentes externos (investigadores) e internos (miembros de la comu-

nidad, participantes de la investigación) inician o profundizan su conocimiento mutuo, captando y aprehendiendo aspectos de la cultura de cada uno, a la vez que encuentran puntos de referencia comunes, evalúan los intereses que los mueven, desarrollan formas de comunicación, descubren peculiaridades lingüísticas y comienzan a desarrollar un proyecto compartido. Es además un proceso que introduce a los agentes externos en el conocimiento de la comunidad, transformando en habituales y entendibles los aspectos específicos de cada comunidad.

Fantasía. (Psicoan.) Es uno de los mecanismos de defensa. Es descrita en términos de una sucesión imaginaria de acontecimientos o imágenes mentales tendentes a resolver un conflicto emocional, mediante la creación de sus sustitutos satisfactorios pero irreales. La fantasía es, pues, una categoría vivida del ensueño diario, utilizado para obtener gratificación o satisfacción de deseos. El énfasis del mecanismo puede ubicarse en lo defensivo y se consideraría como un grupo de maniobras inconscientes, por medio de las cuales el yo huye de las realidades externas hacia lo subjetivo; hacia las construcciones que implican el predominio del principio del placer intentando así minimizar o eliminar las dificultades interpuestas por el principio de realidad. En otra acepción, Freud define la fantasía como el representante mental de los instintos y establece de esta forma un puente sólido entre lo que se denomina somático y lo que se denomina psíquico. La fantasía, como cualquier creación humana, puede prestarse para huir o, al contrario, para acercarse al mundo, capturarlo y, en cierto aspecto, crearlo, así como para plasmar contenidos internos. El mundo interno es capturable tan sólo a través de la fantasía; lo que se siente o lo que se piensa se acompaña necesariamente de imágenes que se convierten en analogías y metáforas, para poder ser comprendidas dentro de sí mismo y hacerlas comprensibles a los demás. Hoy en día se considera la fantasía como un núcleo funcional básico que, en algunos aspectos, semeja la noción jungiana de complejo y que comprende: derivados instintivos, objetos que se ligan a ellos, ansiedades básicas, funciones yoicas ligadas a los objetos, y mecanismos de defensa específicos. De todo esto se desprende que el objetivo terapéutico del psicoanálisis o de las terapias psicoanalíticas no consiste en el aplastamiento de la fantasía sino en su canalización integrativa de mundo interno y mundo externo, en lugar dl curso psicopatológico que va por dos cauces distintos. / **Fantasía autista**: el individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante fantasías excesivas que sustituyen la búsqueda de relaciones interpersonales, la acción más eficaz o la resolución de los problemas. / **Fantasía inconsciente**: es el proyecto o la estrategia totalizante de una acción sobre la base de una necesidad. Las fantasías inconscientes, en tal sentido, orientan la conducta de las personas, y siguen el modelo primario del acontecer del grupo interno. Intervienen ya tempranamente cuando el niño, librado al medio extrauterino, estructurará sus vínculos positivos y negativos sobre la base de sus experiencias de gratificación o de frustración. Tales vínculos irán configurando su mundo interno, por internalización de aquellos vínculos tempranos (V. *Ello*). / **Funciones de la fantasía**: para Hanna Segal, son: defensa contra la realidad externa de privación; defensa contra realidades internas; defensa a través de fantasías contra otras fantasías; constituye el puente entre los derivados instintivos, las ansiedades que les corresponden y los mecanismos de defensa; la fantasía precede siempre a la comprensión intelectual o a la acción.

F

Fase residual. Fase de una enfermedad que ocurre tras la remisión de los síntomas floridos o del síndrome completo.

Feedback. V. *Retroalimentación*.

Felación. Práctica de sexo oral a un hombre. Consiste en utilizar la boca, los labios y la lengua en el pene para proporcionar placer.

Fenómeno "phi". En el marco de la teoría de la Gestalt, significa que cuando un objeto se muestra en un lugar e inmediatamente después en un lugar cercano, el observador no ve dos objetos en distintos lugares, sino uno en moción desde el primer lugar al segundo.

Fertilización V. *Concepción*.

Fetichismo. Parafilia caracterizada por la presencia, durante un período de al menos seis meses, de fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al uso de objetos no animados (p. e. ropa interior femenina). Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los fetiches no son únicamente artículos de vestir femeninos como los utilizados para transvestirse (fetichismo transvestista) o aparatos diseñados con el propósito de estimular los genitales (p. e. vibrador). **/ Fetichismo transvestista**: parafilia caracterizada por la presencia, durante un período de al menos seis meses, de fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de transvestirse en un hombre heterosexual. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Puede presentarse con disforia sexual: si el individuo presenta malestar persistente con su papel o identidad sexuales.

Fetoscopia. Método utilizado en el diagnóstico fetal. Se emplea el fetoscopio, instrumento que proporciona al médico un medio para visualizar directamente el feto y los vasos sanguíneos de la placenta. También puede ser utilizada para extraer muestras de sangre de los vasos sanguíneos placentarios, lo que permite el diagnóstico de enfermedades del feto tales como determinadas anemias, la B-talasemia y el pigmento xerderma (enfermedad rara y frecuentemente fatal en la cual la piel y los ojos son extremadamente sensibles a la luz).

Fijación. (Psicoan.) Es uno de los mecanismos de defensa. Puede describirse como un conjunto de manipulaciones defensivas inconscientes, por las cuales ciertos aspectos de la unidad biopsicológica permanecen estacionarios en alguna o algunas de las etapas del desarrollo de la personalidad. Ahora bien, el ser humano no se desarrolla en forma completamente homogénea. Toda persona tiene aspectos que se adecúan al momento específico de su desarrollo; características que corresponden a detenciones moderadas a nivel de lo que se podría denominar neurótico y también a núcleos arcaicos y primitivos que pueden considerarse psicóticos. Lo que determina el grado relativo de normalidad depende de la masividad y fuerza con las cuales los núcleos más arcaicos prevalecen sobre los más desarrollados. Las fijaciones se pueden traducir clínicamente en síntomas físicos, psíquicos o en rasgos de carácter que en un momento dado aprisionan, por así decirlo, las posibilidades de enriquecimiento de la personalidad. Fenichel considera tres determinantes básicos para la fijación: 1) Falta de gratificación en una determinada etapa del desarrollo. Así, si un niño no logra incorporar la confianza básica, objetivo primario de la etapa oral, pasa a la etapa subsiguiente con menos armas

y más dificultades para resolver las nuevas metas, lo cual determina una situación carencial en relación con su propia existencia. Frieda Fromm señala cómo las fijaciones más tempranas tienen un efecto mucho más severo, ligado a lo esquizoide y a lo esquizofrénico, que aquellas que se producen en fases posteriores del desarrollo; 2) El exceso de gratificación en una etapa del desarrollo a la luz de la tercera teoría instintiva. Cabe aclarar este planteamiento: si por exceso de gratificación se entiende exceso de amor, se estaría frente a una especie de vicio lógico. El "exceso" elimina el concepto de amor. En este sentido, la fijación dependería del odio, de lo tanático. Lo erótico no tiene por qué producir fijaciones; y 3) El que la satisfacción específica de una etapa determinada se convierta en un mecanismo demasiado eficaz para manejar la ansiedad.

Filogenia. En biología, designa la evolución histórica de cualquier grupo, especie o raza de seres vivos, desde su aparición sobre la tierra en adelante.

Filosofía moral. V. *Etica*.

Flooding. V. *Terapia de inundación*.

Fobia. Forma de miedo desproporcional a las demandas de la situación o al grado de amenaza del estímulo temido, que no puede ser explicado o razonado, que se encuentra por fuera del control voluntario, y que conduce a la evitación del estímulo fóbico. Suelen tener un sentido simbólico inconsciente y se refieren, en muchos casos, a experiencias previas angustiosas del individuo, que luego desplaza su miedo a objetos y situaciones substitutivas sin aparente relación con aquellas. Las fobias persisten a lo largo del tiempo, son maladaptativas, y no son específicas de ninguna edad. En los niños, se trata de un miedo sobrecogedor de carácter irracional enfocado hacia un objeto concreto, como un insecto o pájaro, o una situación tal, como miedo a las alturas o a estar en el colegio. La fuerza del temor es realmente muy poderosa, hasta el punto que el niño no puede controlarla. El miedo es totalmente desproporcionado en comparación con la forma en que reaccionarían los niños que no padecen este tipo de trastorno. Si se compara con los adultos, las fobias de los niños son mucho más variables, impredecibles y efímeras aún cuando no está claro cómo exactamente aparecen las fobias. Sin embargo, existe un evidente factor evolutivo por el que un sistema nervioso inmaduro, junto a una capacidad de compresión limitada, hacen que el niño sea vulnerable a éstas. Si una fobia se mantiene hasta la adolescencia, es muy probable que se extienda hasta la vida adulta y generalmente revisten formas múltiples, cada una de las cuales recibe un nombre en particular. Las fobias más comunes: son la acrofobia (temor a los lugares altos), claustrofobia (temor a los lugares encerrados), patofobia (miedo a las enfermedades), ailurofobia (miedo a los gatos), cinofobia (temor a los perros), androfobia (temor a los hombres), ginofobia (temor a las mujeres respectivamente), nictofobia (temor a la oscuridad) y zoofobia (temor a los animales en general). Existen también fobias aprendidas en los procesos de socialización y aprendizaje, llamadas fobias sociales, que provocan odio y repulsión, en lugar de miedo o temor excesivo, como la xenofobia (rechazo a las personas de otras razas, culturas y religiones) y la homofobia (rechazo a los homosexuales). En estos casos, se ha llegado a determinar que se trata más de una psicopatía que de una fobia. Existen finalmente fobias de carácter biológico como la fotofobia, que se trata del rechazo del ojo hacia la claridad o la luz. / La mayoría de las fobias vienen acompañadas de angustia y ansiedad y, en muchos casos, los individuos que sufren de estos trastornos tienen las mismas sensaciones corporales asociadas a éstas. Algunos somatizan el

miedo a través de disneas, respiración rápida, mareo, vértigo, sensación de inestabilidad o desmayo, sensación de ahogo, palpitaciones o taquicardia, piernas inseguras o poco firmes, opresión, dolor o malestar en el pecho. También entumecimiento o adormecimiento de brazos, piernas y, en ocasiones, en otras partes del cuerpo; hormigueo en brazos y pies, náuseas o molestias abdominales, tensión, temblor, dolor o malestar en el estómago; nudos estomacales y en la garganta; dificultad para tragar o sensación de atragantamiento; sudoración en manos y axilas; sequedad en la boca, estremecimientos y debilidad; oleadas de calor o escalofríos; sensación de desorientación y confusión; visión borrosa y deformada; zumbidos en los oídos; manos y pies fríos; rigidez y tensión muscular; acaloramiento, rubor y sonrojo; algunos sienten dolor de cabeza y otros experimentan flatulencias y deseos inminentes de orinar o defecar. Existen reacciones que pueden llegar incluso a ser peligrosas y hasta catastróficas, cuando no son tratadas a tiempo, como lo son los ataques cardíacos, vómitos, sofocos y asfixias, llegando la persona a quedar incapacitada debido a hemorragias internas, tumores cerebrales y padecimientos nerviosos. Algunos individuos pueden llegar a perder el control y hasta volverse locos, provocando incluso escenas acompañadas de gritos, balbuceos y modos raros de hablar. Pueden incluso llegar a causar daño a alguien por medio de una agresión. En casos extremos, hay quienes quedan ciegos o tienen ataques de pánico. Por lo general, estos individuos sucumben ante la sensación de indefensión y son incapaces de llegar a sus casas o por lo menos hasta un sitio seguro y en la mayoría de los casos, no encuentran ayuda cuando experimentan las sensaciones corporales ansiógenas. / Varias teorías comportamentales explican las fobias: Watson afirma que a través del condicionamiento clásico se puede enseñar a una persona a sentir miedo hacia una situación u objeto, y que este miedo condicionado puede ser generalizado otros objetos o situaciones; Mowrer plantea que las fobias (al igual que los miedos y demás comportamientos neuróticos) son hábitos maladaptativos persistentes que han sido aprendidos, y que por lo tanto pueden ser desaprendidos; otro enfoque, basado en el condicionamiento operante, propone que los "comportamientos blanco" asociados con las fobias son aprendidos, y que diversos aspectos en el entorno de la persona son responsables por dichos comportamientos; un cuarto enfoque comportamental involucra la teoría del aprendizaje social de Bandura. Esta perspectiva habla del condicionamiento del miedo en una persona a través del aprendizaje vicario. La persona adquiere un miedo por la observación directa de un modelo expuesto a un evento traumático en la situación temida. / **Desórdenes fóbicos**: su rasgo esencial es el miedo irracional y persistente a una situación u objeto específico, acompañado por un deseo aplastante de evitar el contacto con el estímulo fóbico. Generalmente el individuo reconoce que el miedo es excesivo dada la amenaza real del objeto o situación. La conducta de evitación puede ser bastante disruptiva y angustiosa para el individuo, ya que puede interferir con el funcionamiento social. Los desórdenes fóbicos se dividen en tres tipos: agorafobia, fobia social y fobia simple. / **Fobia específica**: temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. En los niños la ansiedad se traduce en lloriqueos, berrinches, inhibición o abrazos, aunque no reconocen que el

miedo es excesivo o irracional, lo que sí ocurre con los adultos. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar; los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo. Los tipos de fobias específicas son: tipo animal, tipo ambiental (p. e. alturas, tormentas, agua), tipo sangre-inyecciones-daño, tipo situacional (p. e. aviones, ascensores, recintos cerrados) y otros tipos (p. e. evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas). / **Fobia social**: temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. En los niños se manifiesta cuando la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación; en los niños la ansiedad puede traducirse en lloriqueos, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar, aunque no reconocen que el miedo es excesivo o irracional, lo que sí ocurre con los adultos. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos; y los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo. Es generalizada si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales.

Formación reactiva. (Psicoan.) Corresponde a un grupo de procedimientos adaptativos y/o defensivos por los cuales el yo desarrolla rasgos de carácter, impulsos instintivos y formas de ser directamente opuestos a rasgos de carácter, impulsos instintivos y formas de ser y actuar reprimidos por inaceptables para las agencias censoras. La formación reactiva equivale a reprimir y mostrar el reverso de la moneda. Presenta siempre un elemento de exageración que constituye una huella delatora de su carácter defensivo. Ejemplo: la madre que no resiste el menor pensamiento de hostilidad hacia su hijo, lo sobreprotege con la utilización de la formación reactiva. Pero la sobreprotección no equivale al amor y revela algo de su origen agresivo. La formación reactiva y la compensación tienen estrechos puntos de contacto; sin embargo, se diferencian en que, mientras en la compensación la deficiencia vivenciada puede balancearse por diferentes canales, en la formación reactiva la fantasía, el pensamiento, el rasgo de carácter o la actuación son directamente opuestos a lo reprimido.

Formación reticular. Una de las estructuras del sistema límbico. Es un sitio de alta concentración de endorfinas y se presume que desempeña un papel importante en la regulación de las respuestas al dolor.

Fortalecimiento. Proceso mediante el cual los miembros de una comunidad desarrollan conjuntamente capacidades

y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos.

Fotofobia. Fobia de carácter biológico, que consiste en el rechazo del ojo hacia la claridad o la luz.

Frigidez. Disfunción sexual femenina caracterizada por la incapacidad femenina para funcionar adecuadamente en condiciones de deseo o excitación sexual, orgasmo o situaciones coitales. Se presenta de dos maneras generales: como un problema de excitación sexual y como un trastorno del orgasmo femenino. En el primer caso, la disfunción de excitación sexual se define como una incapacidad persistente o recurrente para alcanzar o mantener la respuesta de lubricación y dilatación genital, propia de la excitación, hasta la conclusión del acto sexual. Cuando esta disfunción de excitación se presenta de manera adquirida, existen diversos factores (p.e. problemas con la pareja). La ausencia de excitación también se puede deber a causas físicas como la vaginitis, cistitis, endometriosis, hipotiroidismo, diabetes mellitus y desórdenes de los sistemas nerviosos central o periférico. También puede originar la falta de excitación el uso de algunos medicamentos (anticonceptivos orales, antihipertensivos, antidepresivos, ansiolíticos), o una cirugía radical (histerectomía, mastectomía) que disminuye la autoestima de la mujer, afectando su respuesta sexual.

Frontera. En la teoría general de los sistemas, es metáfora de transacciones particulares, de regular ocurrencia, entre subsistemas. Estas transacciones regulan la cantidad y la clase de información, y la energía que fluye de un subsistema a otro. La mención del carácter relativamente cerrado o abierto de una frontera simboliza aquella variación de flujo.

Frotteurismo. Parafilia caracterizada por la presencia, durante un período de al menos seis meses, de fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes e impulsos sexuales o comportamientos ligados al hecho de tocar y rozar una persona en contra de su voluntad. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Frustración. Situación en la que se halla el sujeto cuando encuentra un obstáculo que no le permite satisfacer un deseo o alcanzar una meta. / Estado de vacío o de anhelo insaciado que surge cuando la persona se encuentra frente a un impulso, deseo u objetivo que no puede satisfacer.

Fuga de ideas. Flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras. Cuando es grave, el habla puede ser incoherente y desorganizada.

Fuga disociativa. Trastorno disociativo caracterizado por viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo y confusión sobre la identidad personal, o asunción de una nueva identidad (parcial o completa). El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia o de una enfermedad médica (p. e. epilepsia del lóbulo temporal). Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Función alfa. (Psicoan.) Es, según Bion, una función capaz de procesar las impresiones sensoriales internas y externas de la persona, permitiéndole transformarlas en elementos utilizables por el

pensamiento onírico, y por el pensamiento inconsciente de vigilia. Los elementos alfa (imágenes, modelos auditivos, olores, etc.) forman, al unirse, una barrera de contacto que aísla y establece un pasaje selectivo entre consciente e inconsciente. Este tipo elaborativo de sueño crea una separación que hace imposible que un sistema invada al otro. Las funciones de censura y resistencia son instrumentos a través de los cuales el sueño crea y diferencia lo consciente de lo inconsciente y permite el pensamiento ordenado. Si la función alfa fracasa, el paciente no puede soñar y, por lo tanto, no puede dormir, como sucede en la psicosis.

Función de selectividad. (Psicoan.) Función por la cual la madre es capaz intuitivamente, de discriminar los matices de las diversas necesidades orales del niño, que no siempre se relacionan con comida.

Función paterna. En la versión de P. Aulagnier, esta significación se enmarca por tres referentes: 1) La interpretación que la madre se ha hecho acerca de la función de su propio padre; 2) La función que el niño asigna a su padre y la que la madre atribuye a éste último; y 3) Lo que la madre desea transmitir acerca de esta función y lo que pretende prohibir acerca de ella.

Función psicológica. Actividades mentales utilizadas por el individuo para adaptarse y orientarse con respecto al medio. Existen cuatro funciones fundamentales: 1) **Pensar**: establecimiento de relaciones conceptuales entre las representaciones mentales, de acuerdo a las propias leyes del individuo; 2) **Sentir**: proceso entre el yo y un contenido de la consciencia que le otorga un valor de agrado o desagrado; es un proceso totalmente subjetivo que puede ser independiente de la percepción; no se puede definir apropiadamente a través del pensar. Éste, junto al pensar, constituyen las funciones denominadas *racionales*; 3) **Percibir**: es la transmisión de un estímulo físico a la conciencia y la alteración física que produce en los órganos de los sentidos y sirve de base al desarrollo del sentir y del pensar; e 4) **Intuir**: es la transmisión inconsciente de los estímulos externos a la psique, manifestándose en la conciencia como conclusión intelectual, sentimiento o percepción, del cual no se conoce su origen. Estas dos últimas funciones se denominan *irracionales,* no se mezclan entre sí y no comparten ningún elemento. En cada individuo se presentan todas las funciones, desarrollándose una más que el resto: la que Jung denomina *función superior* o *predominante*; una segunda y tercera función actúan como auxiliares de ésta; las tres primeras funciones son conscientes; la cuarta función que es la menos ejercitada se denomina *función inferior* y se encuentra en un estado primitivo de evolución, pudiendo permanecer inconsciente o semi-inconsciente, en cuyo caso el individuo no podrá controlar esta función. El desarrollo de una función sobre las otras es innato, pero modulado por el ambiente social, ya que favorece su adaptación al medio; la función superior es la que será utilizada para definir el tipo psicológico junto con la disposición general introvertida o extravertida.

Función seno. (Psicoan.) Son las sensaciones de calor, estímulos propioceptivos, tranquilización, aceptación de las proyecciones hambrientas y agresivas del niño y el hecho de sostenerlo calmadamente. El objetivo de esta función seno se cristaliza en lo que este autor llama *holding*.

Función simbólica. V. *Etapa preoperacional*.

Función sintética. (Psicoan.) Es una de las funciones básicas del yo, pues tiene que combinar, fusionar e integrar demandas diversas, intentar establecer una consonancia entre los diferentes productos,

a veces contradictorios, para originar creaciones del yo. Esta misión de creatividad se refleja en síntomas, sueños, obras de arte, música, etc., e implica la integración más o menos concordante del yo.

Funcionalismo. También conocida como psicología funcionalista, es la escuela psicológica que subraya el estudio de la mente como una parte funcional y esencialmente útil, del organismo humano. La actitud funcionalista fue consecuencia lógica de la propagación del darwinismo y su doctrina de la *supervivencia de los más aptos*. El funcionalismo psicológico insistía en la importancia de técnicas como los tests de inteligencia, y las experiencias controladas para medir la capacidad de los animales para aprender y resolver problemas. Este tipo de investigación representaba una clara ruptura con los métodos introspectivos utilizados por los primeros psicólogos del siglo XIX. Entre los representantes más destacados de esta corriente se cuentan los filósofos William James y John Dewey, el primero que enseñó formalmente la doctrina funcionalista. Desde 1890 hasta 1910, el funcionalismo fue el movimiento más importante en la psicología académica anglosajona y, en muchos sentidos, el precursor del conductismo. El funcionalismo no ha continuado como una doctrina psicológica independiente. Sus puntos de vista han sido incorporados a la corriente general de la psicología contemporánea, sobre todo a la aplicada.

Fusión. (Psicoan.) Es la conjunción y ayuntamiento de los instintos de vida y muerte, que supone un predominio del eros.



Ganancia primaria. Ventaja o provecho que el sujeto puede sacar de un estado patológico. Consiste en la disminución de una tensión interna o en la recuperación de la ternura o la atención del otro. La ganancia secundaria es más completa; una vez alertado el síntoma, el enfermo no ve el interés que supondría curarse: la curación le plantearía problemas más angustiosos que su enfermedad.

Ganancia secundaria. V. *Ganancia primaria*.

Ganglios basales. Conjunto de masas de sustancia gris, derivadas del telencéfalo, constituidas por el núcleo caudado, putamen, *globus pallidus*, *claustrum* y amígdala. Los tres primeros forman parte del sistema extrapiramidal, en relación con el movimiento; los dos últimos forman parte del sistema límbico, en relación con la memoria y la afectividad. Están ubicados bajo la corteza cerebral y están involucrados en la puesta en marcha y ejecución de secuencias motoras automáticas.

Gateo. Habilidad que surge entre los siete y los nueve meses de vida. Permite a los bebés comprender los conceptos de "cerca" y "lejos"; imitan comportamientos más complejos; muestran nuevos miedos; aunque también muestran una nueva sensación de seguridad en torno a sus padres y/o cuidadores. Igualmente, les da una nueva visión del mundo. Se vuelven muy sensitivos al tamaño y ubicación de los objetos (si son fijos o móviles, y cómo se relacionan unos objetos con otros). La habilidad para moverse de un lugar a otro también tiene implicaciones sociales. Los bebés que gatean parecen ser más capaces de diferenciarse del mundo: ven que las personas y los objetos a su alrededor pueden verse diferentes, dependiendo de la distancia y la cercanía. Además, la posibilidad de movilizarse significa que un niño ya no es un "prisionero" de un lugar en particular. Este es un paso importante en el desarrollo de un sentido de dominio sobre el mundo, lo cual refuerza la autoconfianza y el autoestima. Los bebés que gatean también conocen nuevas situaciones y aprenden a buscar indicios sobre si una situación ambigua es segura o amenazante, mostrando con ello el desarrollo de una habilidad llamada "referenciación social". Los bebés que gatean miran a –o se referencian socialmente con respecto- a sus madres más que los bebés que aún no han llegado a esta etapa, en apariencia intentando captar las señales emocionales que emiten su madre, que a su vez influyen en el comportamiento de los mismos.

Gen. Unidad básica funcional de la herencia, que determina una característica heredada. En términos funcionales, un gen equivale a la información químico-estructural contenida en el núcleo de las células y que al ser descifrada se traduce en una proteína o enzima. Los genes están compuestos por ácido desoxirribonucleico (ADN). Éste, a su vez, está constituido por una serie de moléculas químicas: las bases púricas y las pirimídicas, un azúcar y un fosfato. Al conjunto de estos compuestos se le conoce como nucleótido. Existen $3x10^9$ pares de bases de ADN empaquetados en 23 cromosomas. Las células normales son diploides, es decir, con dos genomas (conjunto de los genes) y 46 cromosomas. La constitución genética o genotipo se refleja de diferentes maneras en los seres vivos, tanto en proteínas que es posible

identificar en el laboratorio como en ciertas características que podemos ver o medir. A la expresión del genotipo se le llama fenotipo (rasgos observables). Desde el punto de vista práctico, en el área de la genética de la conducta humana resulta menos difícil tratar de estudiar la influencia de los genes si se parte de los fenotipos anormales. Por otra parte, los factores psicológicos no están en conflicto con el entendimiento biológico de la conducta, y por lo tanto de la enfermedad mental. Un hecho establecido es que nuestros genes, que se expresan en cada una de nuestras células nerviosas, nos determinan, pero es también un hecho establecido que la experiencia y la educación en el curso de la vida nos individualizan mediante la afinación del patrón de conexiones neurales subyacentes a la función del cerebro. / Cuando un organismo hereda rasgos que compiten, sólo uno de los rasgos se manifestará. Éste es llamado dominante, y el rasgo que no es revelado es llamado recesivo.

Generalización. (Psi. Cond.) Proceso por el cual un organismo aprende a reaccionar ante situaciones parecidas a las del aprendizaje original. Este proceso tiene funciones adaptativas muy importantes. Si no fuera por el proceso de generalización, tendríamos que aprender a reaccionar ante cada situación nueva y los efectos del aprendizaje anterior serían muy limitados. Las condiciones que determinan el proceso de generalización, sin embargo, pueden depender de varios factores. Hay variaciones a veces en las características de los estímulos, en el orden temporal, en el contexto, etc. El grado de generalización también puede depender de las consecuencias. / Generalización de resultados: v. *Validez*. / Generalización del estímulo: tendencia de un estímulo, semejante a otro estímulo original condicionado, a evocar una respuesta también condicionada, aunque en un grado algo menor.

Género. Conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores que las sociedades elaboran a partir de la diferencia anatomo-fisiológica, y que dan sentido a la relación entre las personas, es decir, tramas de relaciones sociales en tanto personas sexuadas. / Red de creencias, rasgos de la personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian al hombre de la mujer mediante un proceso de construcción social que tiene una serie de aspectos distintivos. Por esto, es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, así como una forma primaria de relaciones significantes de poder. Existen cuatro dimensiones: símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples, conceptos normativos, nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales, e identidad subjetiva. El rol de género está conformado por las conductas y representaciones del ser hombre o mujer en una cultura determinada, de acuerdo con las demarcaciones y diferenciaciones que se asignan a cada sexo. / (Psi. del Dllo.) La **constancia de género**, o **conservación de género**, es la conciencia que adquiere el infante de que su género será siempre el mismo. De acuerdo a Kohlberg, las diferencias de género en el comportamiento siguen al establecimiento de la constancia de género. La razón por la cual una niña prefiere jugar con muñecas y ponerse vestidos, no está en su búsqueda de aprobación por parte de los demás (como en la teoría del aprendizaje social), sino en la conciencia cognitiva de que aquellas cosas son consistentes con su idea de ella misma como una niña. Una vez que los infantes se dan cuenta que siempre serán hombres o mujeres, intentan adoptar comportamientos "apropiados para su género". Según la **teoría del esquema de género**, planteada por Sandra Bem, los niños se socializan dentro de sus roles de género. Primero,

desarrollan un concepto de lo que significa ser hombre o mujer, organizando la información alrededor del esquema de género (patrón de comportamiento organizado alrededor del género). Lo hacen así porque ven que en su medio social se clasifica a las personas más por su género que por cualquier otra cosa. Entonces, a medida que los infantes ven lo que se "supone" que los niños y las niñas deben ser y hacer –el esquema cultural de género, adaptan sus propias actitudes y comportamiento a estos lineamientos. Dentro del amplio rango de atributos humanos, los infantes despliegan aquellos que, de acuerdo con el esquema cultural de género, se ajustan y son apropiados para ellos. Esta teoría asume que, dado que el esquema de género es aprendido, puede entonces ser modificado. Los adultos pueden enseñar a los niños a sustituir sus esquemas por el esquema cultural predominante, liberándolos de las restricciones de los estereotipos de género (V. *Identidad*). / **Determinación del género**: es el aprendizaje que lleva a cabo un niño o una niña sobre su rol de género. Los niños y niñas aprenden los roles de género temprano en la vida, a través del proceso de socialización. Aquellos que son más inteligentes, notan con mayor rapidez las diferencias físicas entre los sexos, así como las expectativas que tiene la sociedad con respecto a cada uno, y con ello, intentan comportarse de acuerdo con dichas expectativas. Una fuerte determinación de género en la niñez puede ayudar a los niños y niñas a desarrollar su identidad de género. / **Estereotipo de género**: son generalizaciones y simplificaciones exageradas sobre los comportamientos y la condición de género masculina o femenina. Los estereotipos pueden restringir la visión y concepción que tienen los niños sobre sí mismos y sobre los demás. Atribuyendo ciertas actividades y comportamientos a lo masculino o a lo femenino, las personas niegan sus inclinaciones y destrezas, y se fuerzan a sí mismas al desarrollo y despliegue de conductas que se supone corresponden a su género, aunque no les produzcan ninguna clase de satisfacción. / **Identidad de género**: sentido interno y personal de ser hombre o mujer. Usualmente es congruente con el género biológico. / **Rol de género**: comportamientos que la sociedad espera de los hombres y las mujeres, así como los patrones generales del comportamiento social considerado correcto. Comportamientos, intereses, actitudes, destrezas y características de personalidad que una cultura considera apropiados para los hombres y mujeres, y que espera que sean llevados a cabo. / V. *Edipo*.

Genética. Estudio de las características hereditarias de un organismo o persona, transmitidas biológicamente por sus padres.

Genitalidad. (Psicoan.) Para Erikson, una genitalidad plena y verdadera tiene seis objetivos: 1) Mutualidad de orgasmos; 2) con un compañero amado; 3) del sexo opuesto; 4) con quien se desea y se puede compartir una confianza mutua; 5) con quien se pueden, además, regular los ciclos de trabajo, procreación y recreación; 6) para poder así asegurarle al hijo, fruto de la unión, todos los pasos de un desarrollo satisfactorio; 7) con quien predomine notablemente el componente amoroso sobre el componente hostil; y 8) en la que se produce una fusión de los cuerpos que aumenta la identidad de cada uno de los dos. Sólo cuando una persona está lista para la intimidad, puede entonces vivir una genitalidad verdadera con las características anteriormente enumeradas. Hasta este punto, la vida sexual de las personas ha sido dominada por la búsqueda de identidad o por "los esfuerzos fálicos o vaginales que hacen de la vida sexual una especie de combate genital", afirma Erikson. Ahora, en la adultez, las personas psicológicamente sanas están dispuestas a arriesgar la pérdida temporal

de sí mismas en el coito y el orgasmo, de amistades cercanas, y de otras situaciones que requieren un auto-abandono.

Genograma. En la teoría general de sistemas, es una herramienta con la cual es posible acercarse a la realidad de las familias. Es una especie de árbol genealógico que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones sobre por lo menos tres generaciones. Muestra la información familiar de manera que provee un vistazo rápido de patrones familiares complejos y una fuente de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar y la evolución del problema. Permite examinar la estructura vincular en aspectos como la composición familiar (p.e. familia nuclear intacta, binuclear o multinuclear), las constelaciones fraternas (relaciones que tienen las personas a lo largo de su vida; posición que ocupa un miembro de la familia, que va a determinar su posición emocional) y las configuraciones familiares (orden de nacimiento, género, diferencia de edad, programa familiar para la persona, etc.).

G

Genoma. Información genética de cada individuo, contenida en el conjunto de genes que, a través de los gametos de sus padres, recibió de sus antepasados.

Gerontología. Ciencia biológica que estudia el proceso de envejecimiento del ser humano en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, desde la concepción hasta la muerte y en el que influyen tanto los factores genéticos como ambientales. En la actualidad, la gerontología centra sus esfuerzos en investigar al ser humano en esta etapa, buscando mejorar su calidad de vida. / Rama de la medicina que se encarga del estudio terapéutico, clínico, social y preventivo de la salud y enfermedad de los ancianos.

Gestalt. Palabra alemana que indica que la totalidad es mayor que la suma de sus partes; en una visión gestáltica, la experiencia se considera un todo orgánico y la conducta se ve como algo integrado (V. *Psicología de la Gestalt*).

Gilles de la Tourette, **enfermedad de.** V. *Síndrome de Tourette*.

Glía. V. *Células gliales*.

Gnosias. Funciones que identifican y reconocen objetos a través de los diferentes sentidos. Gónadas. Son las glándulas sexuales de los seres humanos. Son representadas por los ovarios en las mujeres y los testículos en los hombres. Los ovarios, bajo el comando de otras glándulas como a hipófisis y el hipotálamo producen hormonas como los estrógenos y la progesterona, que son los responsables por el funcionamiento armónico del ciclo menstrual. Los testículos producen la testosterona, responsable por los caracteres sexuales masculinos.

Grupo. Conjunto de personas influidas entre sí y que persiguen un fin común (p.e. la familia, un partido político o un equipo de baloncesto). / En el marco de la psicología social, es el conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna, se proponen en forma explícita o implícita una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles. / Conjunto de dos o más personas que interactúan en un espacio y un tiempo determinado, con conciencia del "nosotros" y que establecen normas y principio de acción que aceptan, para alcanzar metas o fines comunes. / Herder Shaw, a partir de la revisión de las definiciones de grupo más comunes, elabora una lista de seis criterios que pueden ser utilizados para definir el concepto: percepción de membresía (conciencia de formar parte de un grupo, de que existen

vínculos que los unen); motivación (satisfacción o intento de satisfacción de motivaciones y necesidades individuales a través de la pertenencia a un grupo); metas comunes; organización o estructura (la existencia de un grupo depende de la existencia de relaciones estructuradas y organizadas en las que las personas ocupan determinadas posiciones, desempeñan distintos roles y existen unas normas o reglas comunes que regulan la interacción); e interdependencia (vinculación entre los individuos que hace que unos sean dependientes de otros -aunque sus motivaciones, necesidades o metas sean distintas-, es decir, si un acontecimiento afecta de cualquier forma a alguno de ellos, afecta también a todos los demás. / Ignacio Martín Baró propone nuevos parámetros para analizar el grupo: 1. Identidad: se crea y mantiene de diferentes formas. Por una parte, se basa en la diferenciación con otros grupos y, por lo tanto, en las relaciones intergrupales y la interacción grupal, tanto si éstas son positivas como negativas, formales o informales, competitivas o colaboradoras; por otra, se fundamenta en la satisfacción de necesidades de la clase social; y, finalmente, en la conciencia de pertenecer a un grupo o categoría. Se trata de una pertenencia subjetiva que implica tomar al grupo como referencia para la propia identidad, es decir que el grupo tiene un carácter normativo versus instrumental; implica compromiso; 2. **Poder grupal:** entendido como una de las características de las relaciones grupales que emerge por la diferencia de recursos que permite alcanzar los objetivos (sean del tipo que sean). Es un elemento constitutivo de la identidad, determina el tipo de relaciones inter e intra grupales; y 3. Actividad grupal: La existencia y la supervivencia de un grupo humano dependen esencialmente de su capacidad para realizar acciones significativas en una determinada circunstancia y situaciones históricas. / **Grupo de control**: conjunto de sujetos utilizados en un experimento a fin de brindar una observación que pueda cotejarse con la conducta del grupo experimental, que es el que se quiere estudiar. / Dos o más personas que comparten un sentimiento de unidad y están ligadas por pautas de interacción social relativamente estables. Se habla de diversos tipos de grupos: abierto, cerrado, de pertenencia, de referencia, étnico, informal, minoritario, primario, racial, secundario, entre otros. / **Grupo familiar**: conjunto de personas ligadas entre sí por constantes espacio-temporales y vínculos de parentesco, y articuladas por su mutua representación interna, que se propone explícita o implícitamente realizar una tarea que constituye su finalidad. La familia es la unidad primaria de interacción y sostén de la estructura social, y puede analizarse desde los puntos de vista psicosocial, sociodinámico e institucional (V. *Familia*).



H

Habilidad. Capacidad de actuar que se desarrolla gracias al aprendizaje, al ejercicio y a la experiencia.

Habilidades sociales. Conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. Las habilidades sociales son esenciales para obtener dos tipos de objetivos: 1) Afectivos: conseguir relaciones satisfactorias con los parientes y con los demás, estableciendo amistades y relaciones amorosas y 2) Instrumentales: permiten llevar a cabo actividades exitosas en la comunidad. Los **componentes no verbales de las habilidades sociales son: mirada,** expresión **facial,** gestos, postura, orientación (el tipo de orientación espacial denota el grado de intimidad/formalidad de la relación), distancia / **contacto físico y** apariencia **personal.** Los **componentes paralingüísticos son: volumen de la voz,** entonación, fluidez, claridad, velocidad y tiempo **de habla.** El **componente verbal es el contenido:** el hablar se emplea para una variedad de propósitos como comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar. Las palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esa situación y lo que está intentando lograr. El tema o contenido del habla puede variar en gran medida. Algunos elementos verbales que se han encontrado importantes en la conducta socialmente habilidosa han sido, por ejemplo, las expresiones de atención personal, los comentarios positivos, el hacer preguntas, los refuerzos verbales, el empleo del humor, la variedad de los temas, las expresiones en primera persona, etc.

Hábito. Tendencia a actuar de una manera mecánica, especialmente cuando el hábito se ha adquirido por ejercicio o experiencia. Se caracteriza por estar muy arraigado y porque puede ejecutarse de forma automática. / Unidad de aprendizaje básica y molar (de gran tamaño), postulada por Hull; pauta de conducta adquirida mediante el aprendizaje que se manifiesta a sí misma mediante una mayor facilidad o frecuencia de desempeño.

Habituación. Es un tipo de aprendizaje. Proceso por el cual la exposición repetida a un estímulo particular (p.e. un sonido) resulta en una respuesta reducida a dicho estímulo. Dado que la habituación implica un cambio en el comportamiento basado en la experiencia, esta es una forma simple de aprendizaje. Permite conservar energía permaneciendo alerta a las cosas y los eventos en el ambiente sólo en la medida en que éstos aparenten merecer atención, ya sea porque parecen deseables o amenazantes. Dado que la habituación se asocia con un desarrollo normal, su presencia o ausencia, así como la velocidad con la que ocurre, pueden decir mucho sobre el desarrollo de un bebé; los estudios con respecto a ésta muestran qué tan bien pueden oír o ver el bebé, qué tan buena es su memoria, y en qué condición neurológica se encuentra. La velocidad de la habituación se muestra como predictora de la inteligencia, especialmente en el área de las habilidades verbales. Una pobre

habituación durante el período neonatal puede indicar un lento desarrollo; un niño que no se habitúa a los estímulos puede llegar a tener problemas de aprendizaje. / (Psi. Soc. Com.) Modos de enfrentar la vida cotidiana, algunos de los cuales son considerados como la manera natural de ser y de hacer en el mundo, como si fuesen parte de las esencia de las cosas. A la vez, suponen una codificación no expresa que incluye expectativas sociales respecto de los propios habitus, hasta el punto de anticipar las consecuencias de esas acciones, con lo cual también sirven de enlaces coyunturales entre diversas situaciones, reproduciendo las estructuras sociales que los han generado. Aunque tales características facilitan la vida social, pues evitan que debamos pensar continuamente sobre cada acción que llevamos a cabo para producir nuestra cotidianidad, también es claro que al mismo tiempo, la habituación lleva a admitir y reproducir irreflexiva, acríticamente y de manera consciente, circunstancias de vida que pueden ser perjudiciales para las personas. Junto con la naturalización y la familiarización, son las vías para aceptar, conocer y relacionarse con lo extraño, con lo diverso; para hacerlo aceptable, admisible y también para internalizarlo y considerarlo como parte "del modo de ser del mundo". Son los mecanismos microsociales que mantienen ciertas estructuras y ciertos modos de vida, a la vez que sostienen la permanencia o estasis social.

Habitus. Patrones estructurados de comportamientos regulares y relativamente estables, no discutidos, no conscientemente asumidos, que son ejecutados de manera espontánea, mecánica y no mediada por la reflexión ni pos las decisiones explícitas, producto y productores de los estilos de vida de cada cultura.

Habla. Flujo de palabras habladas. Su elemento más simple es el sonido individual. / **Habla apremiante**: habla que es excesiva en cantidad, acelerada y difícil o imposible de interrumpir. Usualmente es de excesivo volumen. Con frecuencia la persona habla sin ninguna incitación social y puede continuar haciéndolo aún cuando nadie le escuche. / **Habla egocéntrica**: tipo de habla no adaptada al oyente (V. *Habla social*). / **Habla privada**: hablar en voz alta para sí mismo sin la intención de comunicarse con otros. Es normal y común en la niñez temprana y media. Entre el 20% y el 60% de lo que los niños dicen en estas edades consiste en emisiones privadas, que van desde repeticiones rítmicas y juguetonas, hasta pensamientos en voz alta más complejos. Según Piaget, el habla privada es una incapacidad egocéntrica para reconocer el punto de vista de otra persona, y por lo tanto, una incapacidad para comunicarse. Creía que los niños pequeños hablan mientras hacen algo porque aún no diferencian completamente las palabras o símbolos, y lo que éstas o éstos representan. Por otra parte, el psicólogo ruso Lev Semenovich Vygotsky consideraba el habla privada como una forma especial de comunicación: comunicación consigo mismo. Al igual que Piaget, creía que el habla privada ayuda al niño a integrar el lenguaje con el pensamiento. Pero, a diferencia de él, creía que el habla privada incrementa a lo largo de los primeros años escolares, a medida que los niños lo usan para guiar y dominar sus acciones, y va desapareciendo a medida que establecen un control interno a través del pensamiento silencioso. / **Habla social**: tipo de habla que pretende ser entendida por alguien además del hablante. Toma en cuenta las necesidades de las otras personas y se usa para establecer y mantener la comunicación con otros. Debe adaptarse a los patrones de habla y al comportamiento de las otras personas. Puede tomar la forma de preguntas y respuestas u otros medios para intercambiar información, o puede involucrar críticas, órdenes, solicitudes

o amenazas. Se empieza a desarrollar a medida que los niños dominan palabras, frases y gramática, lo que les permite comunicarse mejor. Según Piaget, la mayor parte del habla de los niños pequeños es egocéntrica (no adaptada al oyente); sin embargo, la mayoría de los estudios sugiere que el habla de los niños es bastante social desde edades tempranas: a los dos años se dan los inicios de la conversación; el habla es cada vez más relevante a los comentarios de los demás. A los tres años los niños buscan maneras de clarificar y corregir las malinterpretaciones; la pronunciación y la gramática mejoran significativamente; el habla con niños de la misma edad se expande dramáticamente; y el uso del lenguaje como instrumento de control se incrementa. A los cuatro años los niños cambian su habla de acuerdo al conocimiento del oyente; las definiciones literales ya no son una guía segura para entender los significados; y las disputas o diferencias pueden ser resueltas con palabras. A los cinco años hay un buen control de los elementos de la conversación. El conocimiento general que tienen los niños afecta su habilidad para comunicarse. De manera similar, esta habilidad se relaciona con la popularidad de los niños con sus pares, siendo éste un ejemplo más de la cercana relación de los aspectos cognitivos y emocionales. Los preescolares que son más apreciados por sus pares, pueden iniciar y mantener conversaciones mejor que los niños que no son tan populares, quienes cuando hablan, no son tan buenos adaptándose a las necesidades del oyente ni a las demandas de la situación.

Hedonismo. Punto de vista que sostiene que la satisfacción humana es hallada por la búsqueda y posesión del placer material y físico. El hedonismo radical sostiene que todos los placeres físicos deben ser satisfechos sin que se les ponga ninguna restricción, mientras que el hedonismo moderado afirma que la actividad de placeres debe ser moderada, para que así aumente el placer. En ambos casos el placer es la principal motivación.

Herencia. Factores innatos heredados de los progenitores, que afectan el desarrollo. / Herencia ligada al sexo: resulta de ciertos genes recesivos contenidos en un cromosoma sexual, usualmente el cromosoma X.

Hermafroditismo. Alteración del aparato reproductor caracterizado porque en un individuo coexisten los tejidos testicular y ovárico. Estos casos son muy poco frecuentes, mientras que la mayoría de las personas con problemas similares sólo poseen una apariencia exterior que causa la confusión. / Padecimiento estructural poco frecuente en el que existe ambigüedad sexual, ya que el individuo posee gónadas de ambos sexos. En otras palabras, el hermafrodita verdadero posee genitales externos definidos de un sexo, algo rudimentario del otro y un tejido interno ovárico y testicular que con tratamiento puede desarrollarse. Esto significa que al nacer posee genitales de un sexo y, rudimentariamente, el otro también está presente. Así, lo que habitualmente se engloba con el nombre de hermafroditismo constituye un grupo de alteraciones que los especialistas llaman estados intersexuales.

Heroína. Derivado del opio, concretamente de la planta de la morfina, cuya cápsula se llama "adormidera" de la que se extrae una resina llamada "pan de ojo", que es la sustancia activa. Actúa como un depresor del sistema nervioso central (SNC).

Heterosexualidad. Orientación sexual caracterizada por un interés afectivo y sexual hacia personas del sexo opuesto.

Hic et nunc. Expresión latina que significa "aquí y ahora". A veces se emplea en

campos donde, como en la psicoterapia gestáltica, destacan la importancia del aquí y ahora en la toma de conciencia y resolución de problemas, adjudicándose una menor importancia a los acontecimientos del pasado.

Higiene del sueño. Es una de las estrategias utilizadas para mejorar la calidad del sueño. Incluye: determinar la cantidad de sueño requerida dependiendo de variables como la edad, las actividades que se desarrollan durante el día, etc., y a partir de esto, fijar un horario de sueño y ceñirse a él; evitar la cama para actividades diferentes a dormir; buscar un entorno apacible, en los posible oscuro, silencioso y con temperatura adecuada; retirar los factores que afectan el sueño (té, café, comidas pesadas), entre otros. Es importante anotar que los tranquilizantes y el alcohol no inducen a un sueño natural sino que prolongan las fases del sueño superficial. La mala calidad del sueño reduce la productividad física e intelectual, desmejora la calidad de vida, conlleva a una reducción de la longevidad y aumenta el riesgo de accidentes.

Hiperactividad. Desorden de comportamiento que usualmente acompaña a los desórdenes de aprendizaje. Su nombre completo es desorden de déficit hiperactivo de atención. Se caracteriza por inatención, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, rabietas, y una gran cantidad de actividad en los momentos y lugares inapropiados. Estos rasgos aparecen en alguna medida en todos los niños; pero en el 3% de los niños en edad escolar éstos son tan frecuentes e intensos, que interfieren con su funcionamiento en el colegio y en sus actividades cotidianas. En la mayoría de los casos la hiperactividad comienza antes de los cuatro años, pero usualmente no es reconocida sino hasta cuando el niño comienza el colegio. Probablemente es causada por una combinación de factores genéticos, neurológicos, bioquímicos y ambientales.

Hiperacusia. Sensibilidad dolorosa a los sonidos.

Hipermnesia. Aumento o hiperactividad de la memoria por una mayor facilidad en la fase de evocación. Es patológica cuando perturba el curso del pensamiento (en maníacos y algunos delirantes).

Hiperprosexia. Exacerbación de la atención voluntaria, que se da cuando el estado de alerta es muy alto. El individuo se interesa simultáneamente en las más variadas solicitudes sensoriales, sin fijarse sobre ningún objeto determinado. Es, por tanto, una hiperactividad de la atención espontánea. Esta super-vigilancia es observada en estados patológicos acompañados de excitación psicomotora, como es el caso del episodio de manía (euforia), en el Transtorno Hipercinético de la Infancia, en las intoxicaciones exógenas por estimulantes como la cocaína o anfetaminas, en la embriaguez, en la esquizofrenia o incluso en personas normales que pasan por momentos de gran excitación.

Hipersexualidad. Impulso sexual excesivo que aparece con mayor frecuencia durante el final de la adolescencia o en el comienzo de la edad adulta. Puede presentarse como un cuadro aislado o dentro de un trastorno afectivo. Lo que caracteriza a este tipo de variación sexual es una obsesión por el sexo. A la persona le acompañan constantemente pensamientos, preocupaciones mórbidas y fantasías que pueden perturbar su funcionamiento habitual. La imposibilidad de saciarse, que corresponde a una sensación anormal de insatisfacción sexual, el orgasmo no conlleva a la relajación completa, sino que reaparece inmediatamente el deseo de realizar el coito y la compulsión, es decir, la actuación repetida, frenética y constante de

actividad sexual. En el caso de las mujeres, a la hipersexualidad se le denomina *ninfomanía* y en los hombres se llama *satiriasis*.

Hipersomnia. Trastorno de la fisiología normal del sueño (disomnia) que suele manifestarse como aumento en la cantidad de éste, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados (V. también *Sueño*). / **Hipersomnia primaria**: presencia de somnolencia excesiva como mínimo durante un mes (o menos si se trata de la forma recurrente), tal y como ponen de evidencia episodios prolongados de sueño nocturno o episodios de sueño diurno que tienen lugar casi cada día. La somnolencia excesiva provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica. Es recurrente si hay períodos de somnolencia excesiva que duran como mínimo tres días y tienen lugar varias veces al año durante al menos dos años. / **Hipersomnia relacionada con un trastorno mental**: trastorno del sueño caracterizado por la presencia de somnolencia excesiva durante al menos un mes, tal como ponen de relieve episodios de sueño nocturno más prolongados de lo normal o aparición casi diaria de episodios de sueño diurno. La somnolencia excesiva provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. La hipersomnia se considera relacionada con otro trastorno (p. e. trastorno depresivo mayor, trastorno distímico), pero es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

Hipertimia. Exaltación de la afectividad (p.e. manía, hipomanía y depresión).

Hiperventilación. Respiración excesiva que cambia los niveles de dióxido de carbono u oxígeno, resultando en síntomas parecidos a ataques de ansiedad y pánico.

Hipervigilancia. Escudriñamiento continuo del ambiente en busca de determinadas señales o indicios.

Hipnagógico. Una imagen hipnagógica es una pseudopercepción que se produce en situaciones ligadas al adormecimiento en sus fases iniciales. / Estado de somnolencia que transcurre entre la vigilia y el sueño propiamente dicho, cuando la persona va quedándose dormida. Alucinaciones hipnagógicas son aquellas que ocurren durante dicho estado.

Hipnograma. También llamado sonograma, es la representación gráfica de las fases de sueño determinadas por una **polisomnografía**.

Hipnosis. Estado de alteración de la conciencia inducido en un sujeto cooperante. Se caracteriza por un estrechamiento del foco de atención y aumento de la sugestionabilidad. / Modo de interacción que se establece entre dos personas -uno el hipnotizador y otro el paciente- en el cual, el primero dirige una acción psicoterapéutica sobre el segundo mediante técnicas fundamentalmente verbales, y el segundo colabora con el primero en tal propósito prestándose a ingresar en un estado psicofisiológico peculiar en el que se encuentra particularmente receptivo a órdenes y sugerencias del hipnotizador

Hipnótico. Fármaco que produce un sueño similar al natural (somnífero).

Hipocampo. Una de las principales estructuras del sistema límbico. Constituye la porción más antigua de la corteza

cerebral. La primera función que se le atribuyó es la relacionada con el sentido del olfato; la segunda función es su papel en la memoria, pues esta estructura desempeña un papel fundamental en la consolidación en la memoria ya que participa en la selección de los datos que ameritan ser colocados en los recuerdos. Otro papel que se le ha atribuido al hipocampo es en la motivación. Al parecer el hipocampo, generando principalmente ansiedad, determina cuáles son los aspectos relevantes, conscientes o no, que ameritan formar parte del aprendizaje y la memoria. Se afirma también que la principal entrada del hipocampo está en proporcionar una memoria perfecta del contexto, vital para el significado emocional; es el hipocampo el que reconoce el significado diverso de los eventos, personas y objetos.

Hipocondría. Trastorno somatoforme caracterizado por preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos. Esta preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiada y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. La creencia expuesta de la persona no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal). / (Psicoan.) Es una de las entidades secundarias de las neurosis actuales o actualneurosis. Es una sensación de malestar y/o dolor en un órgano o grupo de órganos, no respaldada por una lesión orgánica. Comprende una variedad amplia de cuadros entre los que se cuentan: 1) Hipocondría ligada a la depresión y a los trastornos afectivos; 2) Hipocondría ligada a la psicosis esquizofrénica. El paciente comienza a entrar en un mundo de delirio a través de la desestructuración de su imagen corporal y abandona el delirio mediante la reunificación de ésta. Ejemplo: inicialmente el esquizofrénico siente que sus órganos se vuelven picadillo, su cerebro se derrite, sus vísceras cambian de sitio, etc.; 3) Hipocondría propiamente dicha que, en términos de neurosis actuales, corresponde, para Freud, a una acumulación de la libido del ego; 4) Hipocondría ligada a la psicopatía se refiere al síndrome de Munchausen, en el cual el paciente, habitualmente un pequeño delincuente, acude a un hospital fingiendo una sintomatología que inevitablemente conduce al médico a una decisión quirúrgica. Durante la convalecencia el paciente huye para reaparecer en otro hospital, con un nombre falso y buscando una nueva intervención quirúrgica. En este síndrome, aparecen también en un primer gran plano la culpa inconsciente y la necesidad de castigo, que lleva a los pacientes a tratar de encontrar y a aceptar estoicamente procedimientos dolorosos y frecuentemente mutilantes; y 5) Hipocondría reactiva que aparece como una especie de compensación y de reemplazo en situaciones de pérdida (p.e. algunos ancianos, a medida que en su mundo se desvanecen relaciones objetales, trabajo o intereses, los reemplazan con una excesiva atención centrada en sus propios órganos y en su funcionamiento).

Hipófisis. Está situada en la base del encéfalo, unida al hipotálamo y forma parte del sistema neuroendocrino, el cual está formado por un conjunto de glándulas (tiroides, paratiroides, amígdalas, hipófisis, epífisis y glándula suprarenal) que sintetizan hormonas y las liberan al torrente sanguíneo. La hipófisis consta de dos partes que funcionan de manera distinta: la hipófisis posterior o neurohipófisis, que se encarga de almacenar y liberar las hormonas sintetizadas por el hipotálamo (oxitocina y vasopresina), y la hipófisis anterior o adenohipófisis,

que actúa como una glándula secretora por sí misma.

Hipoglicemia. Trastorno orgánico en que aparece un bajo nivel de azúcar en la sangre. En las personas que padecen de hipoglicemia como afección clínica este estado tiende a ser crónico, en cuyo caso el organismo se debilita.

Hipomanía. Es el grado más leve de la manía. En la hipomanía están presentes los mismos síntomas de la manía, sólo que en menor intensidad y con menores alteraciones en el funcionamiento personal. En la hipomanía el paciente reconoce que está alterado y acelerado, pero puede ser productivo. Hay personas que nunca van más allá de estados de hipomanía, siendo perjudicadas social e profesionalmente de forma tolerable. Se presenta con una elevación leve y persistente del humor, sensación exagerada de bienestar, aumento de la energía en actividades físicas y mentales, sociabilidad, locuacidad y familiaridad excesivas, disminución de la necesidad de sueño y aumento de la disposición sexual.

Hipomnesia. Disminución de la capacidad mnemónica por dificultad de fijación y evocación. Generalmente es psicógena (neuróticos), aunque también puede ser congénita.

Hipoprosexia. Consiste en el debilitamiento acentuado de la atención en todos sus aspectos, esto es, tanto de la atención voluntaria, como de la atención espontánea. Es observada en los estados donde hay obnubilación de la conciencia, sea por razones neurológicas o psiquiátricas. También en la embriaguez alcohólica aguda o embriaguez patológica, en casos de psicosis tóxicas, en los cuadros de demencias, en la parálisis general, en la esquizofrenia y en ciertas reacciones vivenciales anormales. Los estados depresivos siempre se acompañan de disminución de la capacidad de concentrar a atención, particularmente en los cuadros de depresión ansiosa, que pueden llegar, en casos de estupor melancólico, a una disminución acentuada de la capacidad de concentrar la atención.

Hipotálamo. Una de las estructuras del sistema límbico, de la cual se dice es la más compleja estructura del universo, pues es la porción del SNC que participa en una mayor cantidad de acciones diversas. Sus funciones son: 1) Regulación del sistema nervioso autónomo, tanto simpático como parasimpático; 2) Regulación del sistema límbico y, por consiguiente, de nuestra conducta motivacional y emocional; 3) Regulación de la homeóstasis (equilibrio del medio interno); y 4) Regulación del peso corporal, a través de la regulación del apetito, la velocidad del metabolismo, la distribución de la grasa y los caracteres sexuales secundarios, entre otros.

Hipótesis. En epistemología, conjetura que se propone para describir o explicar los fenómenos, y que requiere ser verificada mediante el método científico. Son proposiciones tentativas acerca de las relaciones entre dos o más variables y se apoyan en conocimientos organizados y sistematizados; contienen variables (propiedades cuya variación puede ser medida); surgen normalmente del planteamiento del problema y la revisión de la literatura –algunas veces de teorías-; deben referirse a una situación real; las variables contenidas tienen que ser precisas, concretas y poder observarse en la realidad; la relación entre las variables debe ser clara, verosímil y mensurable; deben estar vinculadas con técnicas disponibles para probarlas; se clasifican en: 1) Hipótesis de investigación, 2) Hipótesis nulas, e 3) Hipótesis alternativas; en una investigación puede formularse una o varias hipótesis de distintos tipos; se contrastan con la realidad para aceptarse o rechazarse en un contexto determinado; su formulación va acompañada de las definiciones conceptuales y ope-

racionales de las variables contenidas dentro de las hipótesis. / En psicología de la percepción. concepto propuesto por Bruner en el marco de sus teorías que vinculan percepción y personalidad, y que designa una tendencia o "predisposición cognitiva" altamente generalizada para responder en forma selectiva a los hechos acaecidos en el ambiente. Tendemos a percibir los hechos sobre la base de hipótesis previas, es decir según nuestro sistema de creencias. Ambos sentidos, 1 y 2 se relacionan: las hipótesis en el primer sentido son propuestas y verificadas por científicos, y pueden ser entendidas psicológicamente desde el segundo sentido.

Hipotimia. Trastorno afectivo caracterizado por la disminución anormal del tono o del potencial afectivo; la respuesta emocional está disminuída y es inadecuada a la situación real que en ese momento rodea al sujeto, que además presenta abatimiento, lenguaje inexpresivo y lentitud de movimientos, con pérdida de interés por todo lo que antes le producía satisfacción. Se observa en la psicosis involutiva y en la fase depresiva de la psicosis maníaco-depresiva.

Histeria. (Psicoan.) Es una de las neurosis de defensa o psiconeurosis. Se caracteriza por un grupo de síntomas que se manifiesta a través de alteraciones predominantemente orgánicas (histerias de conversión), y por síntomas que se manifiestan en diversas esferas de lo predominantemente mental (histeria de disociación). El fenómeno central del conjunto histérico lo constituye, tanto para los síntomas conversivos como para los principalmente mentales, la disociación. Una parte del yo se escinde y se convierte por desplazamiento y condensación en el depositario del conflicto y su resolución patológica. Esto explica en parte la relativa indiferencia que el paciente o la paciente (la histeria es bastante más frecuente en mujeres) experimenta frente al síntoma. El síntoma histérico es relativamente estable y exitoso, por cuanto, hasta cierto punto, logra detener temporalmente el conflicto y la ansiedad que éste genera. Consigue esto, empero, a costa de la separación y expulsión simbólica de una parte, función o estructura del yo, que queda excluida del resto de la personalidad. El síntoma conversivo se basa en la transformación de un conflicto predominantemente psíquico en una alteración o paralización de funciones somáticas (conversión). El yo suele utilizar para la conversión órganos o funciones debilitadas (complacencia somática). La conversión constituye una manifestación de los procesos generales de somatización, de los cuales conviene distinguir cuatro modalidades que, en ocasiones, pueden entremezclarse: 1) Somatización que corresponde a la descarga directa de la libido represada a través de diferentes órganos y sistemas corporales, característica de la neurosis de angustia; 2) Somatización de la hipocondría, que se diferencia de la conversiva por un menor grado de simbolización y porque habitualmente no calma la ansiedad; 3) Somatización conversiva; y 4) Somatización de las llamadas enfermedades psicosomáticas o enfermedades psicofisiológicas, que corresponden al resultado somático de la represión de las emociones. El síntoma conversivo se presenta, por lo general, en territorios correspondientes al sistema nervioso de la vida de relación, es decir, compromete, sobre todo, la musculatura voluntaria; tiende a calmar la ansiedad; *per se* no produce cambios anatómicos; tiene su origen central en la difícil relación que el niño tiene con la pareja de sus padres alrededor del tercer a quinto año de vida. Este proceso de triangulación implica la adquisición y la utilización más fluida, para el niño, del lenguaje simbólico-conceptual. De allí la dramatización característica de las manifestaciones histéricas. / **Histeria de disociación**: corresponde a los síntomas mentales de la histeria, que se

manifiestan en las fugas, automatismos o los llamados estados crepusculares, amnesias, fenómenos de personalidad múltiple, caracterizados por una disociación más global de la personalidad. Es como si en el marco de referencia del proceso general de escisión del yo, la personalidad se viera gobernada alternativamente por uno u otro grupo de impulsos, defensas y estructuras mentales. / Entre los rasgos de la estructura de personalidad histérica se encuentran: 1) Histrionismo: se relaciona con el exhibicionismo narcisístico de la etapa fálico-edípica; 2) Tendencia a la manipulación, a manejar a quienes le rodean casi en términos de un estilo de vida; 3) Facilidad con la cual la o el histérico establece identificaciones, que guarda relación con su extremada sugestionabilidad; 4) Erotización de la palabra y de las relaciones interpersonales. Así, la mujer o el hombre histéricos sexualizan cualquier contacto humano y, como tal, se muestran como si fueran amantes apasionados. Esta erotización excluye, sin embargo la verdadera sexualidad genital. La persona histérica es, con frecuencia, frígida o impotente. La disociación genital es el precio que paga por su adaptación; 5) Marcada propensión a usar el propio cuerpo como terreno de batalla, en el cual se enfrentan sus impulsos, afectos y estructuras; 6) Propensión a refugiarse en fantasías y a llevarlas a cabo por medio de estas realizaciones de deseos; 7) El punto de fijación del yo y de la libido se halla ubicado en la fase fálica y tiene que ver con el proceso mediante el cual el niño confronta los sentimientos ambivalentes de amor y odio que le inspira cada uno de los padres y la pareja por éstos configurada; y 8) La defensa histérica (represión histérica) se caracteriza por su masividad, es decir, se expulsan de la conciencia tanto la idea como el afecto y se tiende, pues, una especie de velo sobre las experiencias vitales y, muy particularmente, sobre las vivencias infantiles. El histérico, dice Freud, "sufre de reminiscencias". Se puede agregar que sufre de la incapacidad de recordar.

Histeria de angustia (o **neurosis fóbica**). (Psicoan.) Es una de las neurosis de defensa o psiconeurosis. Las fobias constituyen una serie de temores vividos como irracionales por quien las padece, que producen ansiedad y, en algunos casos, limitan severamente la vida de la persona afectada. Los síntomas fóbico e histérico tienen el mismo origen genético, y ambos se relacionan con el manejo de la situación edípica. Pero en tanto que el síntoma histérico es relativamente estable y detiene temporalmente el conflicto a costa de la disociación de una parte del yo, el síntoma fóbico es, por su misma esencia, en extremo móvil y tiende a multiplicarse. La estructura fóbica, como todas las estructuras neuróticas, es relativamente ineficiente para controlar la ansiedad, de allí la necesidad de autoalimentarse y reforzarse continuamente. En la niñez la solución fóbica es usual y no patológica dado que es más plausible para el niño manejar los intensos sentimientos encontrados al externalizarlos en objetos o situaciones que le provocan menos desgarro emocional. A medida que el yo evoluciona, puede reincorporar estos sentimientos contradictorios puestos en el afuera, tratar de integrarlos y buscar soluciones más efectivas. Por supuesto, muchas personas logran esta integración tan sólo en forma muy parcial. El componente patológico está dado por la persistencia, la cantidad y la intensidad de los contenidos fóbicos y por la severidad de las restricciones que se impone. La estructura de personalidad fóbica se caracteriza por: 1) Estado continuo de alerta debido a la ansiedad continua; 2) Pasividad-dependencia; 3) Sensación continua de que, de una manera o de otra, la vida debe a la persona algo que tarde o temprano habrá de proporcionarle; 4) Actitud pasiva que conduce a posiciones de inhibición o su

contrario, el comportamiento de desafío, que se expresa en lo que Ey llama la "huida hacia adelante"; 5) El fóbico, a no ser que su fobia específica se relacione con las gentes, tiende a aliviarse si hay junto a él un "compañero" que hace las veces de un Superyo auxiliar, protector frente a las tentaciones y a los tímidos impulsos instintivos; y 6) Clásicamente, el punto de fijación de la fobia está ubicado en la etapa fálico-edípica; sin embargo, algunos autores llaman la atención sobre los rasgos marcadamente orales presentes en la personalidad y en el cuadro clínico. Las defensas básicas con el desplazamiento que determina la movilidad y la alternancia de las fobias y la evitación que constituye su objetivo.

Holding. V. *Función seno*.

Homeostasis. Término que designa la regulación del equilibrio del medio interno y en general de toda la actividad del organismo. / En la teoría cibernética, es el proceso de mantenimiento de la organización del sistema a través de *feedback* negativo. Por ejemplo, el incremento de la intensidad de las discusiones entre una pareja parental puede ser detenido por la demanda de ayuda de un hijo sintomático (por ejemplo, mediante la manifestación aguda del síntoma). De esta forma, el *feedback* negativo que proporciona el síntoma mantiene la organización del sistema familiar impidiendo que las discusiones entre la pareja parental alcancen un punto de ruptura.

Homofobia. Aversión, odio, miedo, prejuicio o discriminación contra hombres o mujeres homosexuales. El uso habitual del término suele también incluir a las personas que integran la diversidad sexual, como los bisexuales y los transexuales, e incluso a aquellos individuos que mantienen hábitos o actitudes que suelen ser asociados al otro sexo, como los metrosexuales. Cabe destacar que la homofobia no tiene una definición precisa, ya que no se trata de un concepto estrictamente psiquiátrico. Hay quien considera homofóbica a toda persona que no apoye o no se muestre de acuerdo con la homosexualidad. Sin embargo, el término hace referencia a la discriminación, es decir, al rechazo o a la persecución.

Homosexualidad. Orientación sexual caracterizada por un interés afectivo y sexual hacia personas del mismo sexo. / Las Teorías del Aprendizaje Social consideran que la homosexualidad es resultado del aprendizaje; así, consideran que el condicionamiento psicológico por medio del refuerzo o del castigo de pensamientos, sentimientos y conducta sexual temprana es lo que influye sobre la preferencia sexual. / (Psicoan.) Una de las raíces de la homosexualidad masculina, correspondiente al llamado edipo negativo (una de las posibles soluciones edípicas del niño) puede conducir a que, si el niño varón no logra que predomine la identificación paterna, llegue a identificarse con la madre para convertirse así en objeto de amor del padre. Otra variedad que se liga también con la homosexualidad masculina se da porque el homosexual adulto busca un efebo con el cual se identifica narcisísticamente; el objetivo es amarlo a él como hubiera deseado ser amado sexualmente por la madre.

Hormona. Sustancia liberada en la sangre por la *glándula endocrina* que produce alguna reacción biológica en los tejidos objetivos de alguna parte del cuerpo. Generalmente, las hormonas regulan el ambiente interno del cuerpo (control homeostático), regulan el proceso productivo y afectan el comportamiento y estado de animo. Hay dos clases principales de hormonas: esteroides *(cortisol*, estrógenos, testosterona) y no-esteroides *(colestoquinina, epinefrina, dopamina,* insulina, *norepinefrina, serotonina,* vasopresina).

Hospitalismo. Término utilizado desde los trabajos de René Spitz para designar el conjunto de las perturbaciones somáticas y psíquicas provocadas en los niños (durante los 18 primeros meses de vida) por la permanencia prolongada en una institución hospitalaria, donde se encuentran completamente privados de su madre.

Humor. Desde la medicina antigua, líquido corporal (sangre, bilis, etc.). / En psicología y psiquiatría, significa estado de ánimo, que puede ser normal o patológico. Entre estos últimos está la depresión. No debe confundirse "humoral" o relativo al humor como estado de ánimo, con "humorístico", relativo al sentido del humor.

Huntington, **enfermedad de.** Es una de las formas más conocidas de corea. Enfermedad hereditaria dominante que se manifiesta por lo general en la quinta y sexta décadas de la vida; afecta por igual a hombres y mujeres. Consiste en una corea de intensidad creciente asociada con demencia (pérdida de las funciones mentales). No tiene tratamiento, su curso es progresivo y el desenlace siempre es fatal.



ICD. Abreviatura de International Classification of Diseases. En español, CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud) (V. *CIE*).

Id. V. *Ello*.

Idea delirante. Idea recurrente, persistente o absurda, de naturaleza egodistónica, es decir, no vivida como voluntaria, sino como idea que invade la conciencia.

Ideal del Yo. V. *Superyo*.

Idealización. (Psicoan.) Proceso psíquico en virtud del cual se llevan a la perfección las cualidades y el valor del objeto. La identificación con el objeto idealizado contribuye a la formación y al enriquecimiento de las instancias llamadas ideales de la persona (yo ideal, ideal del yo). Al establecer el concepto de narcisismo Freud se vio inducido a definir la idealización, cuya intervención había puesto de manifiesto, de un modo especial, en la vida amorosa (sobrestimación sexual). Es un proceso concerniente al objeto y, en virtud del cual éste es engrandecido y exaltado psíquicamente sin que se cambie su naturaleza. La idealización es posible tanto en el ámbito de la libido del yo como en el de la libido objetal. / Corresponde a un conjunto de maniobras defensivas inconscientes por medio de las cuales el yo enaltece y supervalora objetos y situaciones. La idealización complementaria y, en cierto sentido, indispensable para la identificación, juega un papel sumamente importante en la estructuración del yo y del Superyo. Por otra parte, la idealización sirve para mantener a distancia el objeto. Así mismo, la idealización sirve para satisfacer necesidades masoquistas de castigo: tarde o temprano la persona idealizada, que por definición tiene que ser monolítica, presenta alguna grieta y se derrumba. El objeto idealizado, totalmente bueno se convierte, empero, inevitablemente en persecutorio en la medida en que no puede satisfacer las expectativas narcisísticas; y al convertirse en depositario de todo lo bueno, establece un marcado contraste con el yo pauperizado por las identificaciones proyectivas. La bondad puesta en el objeto hace resaltar los sentimientos de maldad y de minusvaloración del yo. Las relaciones basadas en la idealización suponen, por lo tanto, la proyección en espejo del sí mismo e inevitablemente están destinadas al fracaso.

Ideas delirantes. Ideas falsas, no modificables por la razón y medulares en la vida del individuo (v. *Esquizofrenia*). Las ideas delirantes se subdividen de acuerdo con su contenido. Algunos de los tipos más frecuentes son: **celos delirantes**: idea delirante que tiene el sujeto pensando que es traicionado por su compañero sexual o sentimental; **de grandeza**: idea delirante de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o de una relación especial con una deidad o una persona famosa; **de referencia**: idea delirante cuya temática consiste en que ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del sujeto adoptan una significación particular y desusada. Estas ideas delirantes suelen ser de naturaleza negativa o peyorativa, pero también pueden ser de grandiosidad. Difieren de las ideas de referencia, donde la falsa creencia no se sostiene tan firmemente ni está tan

organizada como una verdadera creencia; **de ser controlado**: idea delirante en que ciertos sentimientos, impulsos o actos se experimentan como si estuvieran bajo el control de alguna fuerza externa más que bajo el de uno mismo; **difusión del pensamiento**: idea delirante de que los propios pensamientos están siendo difundidos en alta voz de modo que pueden ser percibidos por otros; **erotomaníaca**: idea delirante de que otra persona, habitualmente de estatus superior, está enamorada del sujeto; **extraña**: idea delirante que implica un fenómeno que la cultura del sujeto consideraría totalmente inverosímil; **inserción del pensamiento**: idea delirante de que ciertos pensamientos propios no son de uno mismo, sino que más bien son insertados en la propia mente; **persecutoria**: idea delirante cuyo tema central consiste en que el sujeto (o alguien cercano a él) está siendo atacado, atormentado, golpeado, perseguido o se conspira contra él; **somática**: idea delirante cuyo principal contenido pertenece a la apariencia o funcionamiento del propio cuerpo; **idea sobrevalorada**: creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante, esto es, el sujeto es capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia puede no ser cierta. La creencia no es aceptada habitualmente por otros miembros de la cultura o subcultura a que pertenece el sujeto.

Ideación paranoide. Ideación que implica sospechas o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

Ideal del Yo. Es uno de los aspectos del Superyo. Se deriva de las recompensas y modelos positivos presentados al niño. Comunica sus requerimientos al Yo con sentimientos como el orgullo, la vergüenza y la culpa.

Idealización. En el marco de la *Psicología diferencial y de la personalidad,* es un proceso psíquico en virtud del cual se llevan a la perfección las cualidades y el valor del objeto. La identificación con el objeto idealizado contribuye a la formación de las instancias ideales de la persona. / Proceso que opera por medio de imágenes, que toma determinados momentos del pasado, aislándolos del conjunto, de la totalidad articulada y de la continuidad y confiriéndoles un valor de emblemas, como si en ellas se condensara todo el sentido o se contuviera la esencia de una relación, de una persona o de una época de la vida. Pero en realidad el sentido que así se ejemplifica con una imagen es más una proyección que una interpretación –incluso errada– puesto que lo que de esa manera aísla, se separa de los antecedentes, de las consecuencias y las circunstancias que le imponen su interpretación.

Ideas de referencia. Sensación de que ciertos incidentes causales o que determinados acontecimientos externos tienen un significado particular y desusado que es específico para cada sujeto. Debe distinguirse de un delirio de referencia, en el que existe una creencia sostenida con convicción delirante.

Identidad. Sentido que cada persona tiene de su lugar en el mundo y significado que asigna a los demás dentro del contexto más amplio de la vida humana. / Según el psicólogo James Marcia, quien ha expandido y clarificado la teoría de Erikson, la identidad es una organización interna, auto-construida y dinámica de impulsos, capacidades, creencias e historia individual. A partir de esta definición identificó cuatro "estados" de acuerdo con la presencia o ausencia de crisis y compromiso, los dos elementos que según Erikson son cruciales en la formación de la identidad, en la etapa de la adolescencia. Relacionó estos cuatro "estados" a diversas características de la personalidad, incluyendo ansie-

dad, autoestima, razonamiento moral y patrones de comportamiento. Estas categorías no son permanentes, sino que cambian a medida que las personas se desarrollan. Son: 1) Logro de la identidad (la crisis conduce al compromiso): el adolescente dedica mucho tiempo a pensar en asuntos importantes para su vida (período de crisis), toma decisiones y se compromete con las elecciones que hace; 2) Exclusión (compromiso sin crisis): el adolescente se compromete, pero en lugar de cuestionar sus compromisos y explorar otras posibles opciones (atravesar el periodo de crisis), acepta los planes que otras personas tienen para su vida; 3) Difusión de la identidad (sin compromiso, crisis incierta): de una manera descuidada, la persona considera diversas opciones pero evita el compromiso; y 4) Moratoria (crisis, sin compromiso): el adolescente atraviesa por una crisis, luchando por una decisión, parece que se dirige hacia el compromiso, y probablemente conseguirá una identidad. / **Identidad comunitaria**: forma de identidad social, de carácter complejo y borroso, histórica y colectivamente construida por personas que integran una comunidad, que se expresa en relaciones marcadas por la afectividad, en el discurso y en acciones que otorgan sentido a la pertenencia a esa comunidad. Según Puddifoot (2003), está integrada por seis dimensiones (las tres primeras de carácter "personal" y las tres siguientes de carácter "compartido"): sentido de apoyo personal, sentido de contento personal, sentido de inclusión personal activa, sentido activo de compromiso personal, sentido de vecindad y estabilidad percibida. / **Identidad de género**: forma en que una persona se identifica como perteneciente a uno u otro sexo. Incluye tres facetas: la identidad de género o percepción individual de ser hombre o mujer; el rol sexual o expresión pública de la identidad de género; y la orientación sexual o elección de objeto sexual. De acuerdo con los planteamientos de la **teoría del desarrollo cognitivo**, y según lo expuesto por Lawrence Kohlberg, para aprehender su género, los niños no dependen de adultos como modelos o como aquellos que proporcionan castigos o refuerzos; en cambio, clasifican activamente a los otros como hombres o mujeres, y entonces organizan su comportamiento alrededor de su género. La identidad de género tiene inicio hacia los dos años, aproximadamente. A los tres años, la mayoría de los niños ya tienen una idea sólida del género al que pertenecen. Así, la identidad de género es definida como la conciencia e identificación que tiene una persona de sí misma como hombre o mujer. Esta surge a partir de condicionamientos biológicos que son elaborados socioculturalmente, sobre todo mediante la asignación de actividades y tareas sociales tipificadas, es decir, reforzadas en forma diferencial. / V. *Conservación*. / **Identidad ocupacional**: autopercepción a lo largo del tiempo en términos de roles ocupacionales, entendiendo por ocupación el conjunto de expectativas de rol, y por rol una secuencia pautada de acciones aprendidas, ejecutadas por una persona en situación de interacción. El sentimiento de identidad ocupacional se ha gestado sobre la base de las relaciones con los otros. En esas relaciones algunos aspectos merecen atención particular, como la génesis del ideal del yo, las identificaciones con el grupo familiar, las identificaciones con el grupo de pares y las identificaciones sexuales. / **Problema de identidad**: incertidumbre sobre los múltiples aspectos relacionados con la identidad, como son los objetivos a largo plazo, elección de profesión, patrones de amistad, comportamiento y orientación sexuales, valores morales y lealtades de grupo. / En el marco de la psicología social la identidad se define objetivamente como ubicación en un mundo determinado y puede asumírsela objetivamente sólo junto con ese mundo. Recibir una iden-

tidad comporta adjudicarnos un lugar específico en el mundo. Así como esta identidad subjetivamente asumida por el niño también lo es el mundo al que apunta esta identidad.

Identificación. Adopción por parte del niño de las características, creencias, actitudes, valores y comportamientos de otra persona o de un grupo. / (Psicoan.) La identificación comprende un grupo de maniobras adaptativas y defensivas inconscientes por medio de las cuales el yo hace suyos rasgos y características de otra u otras personas o de un grupo social. La vida psíquica es el resultado del interjuego constante entre identificaciones y proyecciones. No puede haber proyección sin identificaciones, ni éstas se dan sin la proyección. La identificación juega un papel central en la formación del yo, que se define como un conjunto de identificaciones y en la estructuración del Superyo que recibe la energía para su configuración de la disolución de las catexias del complejo de Edipo. La identificación puede concebirse como un proceso de varias etapas, amalgamado mediante varios mecanismos componentes que se podrían describir en la siguiente secuencia, no lineal: incorporación, referida a la identificación total con el objeto parcial. Corresponde a la modalidad más arcaica tanto filo como ontogenéticamente; es la más masiva y se relaciona con la función básica de la etapa oral. El niño que mama, incorpora con el alimento valores, maneras de ser, rasgos, mecanismos primitivos de adaptación, etc., en otras palabras, los objetos; introyección, entendida ésta por la mayoría de autores como sinónimo de incorporación; otros plantean el objeto incorporado como si fuera, por así decirlo, la anatomía del proceso, en tanto que la introyección constituiría su vehículo fisiológico; e internalización, proceso a través del cual lo incorporado se transforma en actitudes, ideas, etc. En la internalización se haría la identificación parcial con el objeto total. / Freud describe dos tipos esenciales de identificación: las histéricas, en las cuales la identificación se hace con características de una persona; y las melancólicas, que se distinguen por su masividad. En otro lenguaje, puede hacerse la diferenciación entre **identificación total con un objeto parcial**, que equivale a la modalidad melancólica. Por ejemplo, el niño que se pone las gafas de su padre, se convierte efectivamente en él, o el esquizofrénico que se sienta en la silla del médico, ser transforma en el médico por el hecho de ocupar su lugar, e **identificación parcial con un objeto total**, como el joven que, en un momento dado, acepta ciertas ideas de su padre y las considera propias. / **Identificación con el agresor**: ocurre cuando el niño se transforma de la persona amenazada en quien amenaza, tomando el puesto del agresor, asumiendo sus atributos o imitando su agresión (p.e. después de visitar al médico y ser inyectado, un niño pone inyecciones a sus muñecos). La identificación con el agresor, empero, puede manifestarse en formas más sutiles: su esencia radica en la transformación de aquello que se ha sentido como sufrido pasivamente y actuado activamente, sea en la realidad externa o en la fantasía. / **Identificación proyectiva**: mecanismo de defensa en que el individuo atribuye incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables. A diferencia de la proyección simple, en este caso el individuo no repudia totalmente lo que proyecta. Al contrario, el individuo es consciente de sus afectos o impulsos, pero los interpreta incorrectamente al considerarlos reacciones justificables frente a otras personas. No es raro que el individuo atribuya sus propios sentimientos a otros, haciendo que sea difícil esclarecer quién hizo algo a quién en primer lugar. / **Procesos de identificación (y de la configuración de las relaciones**

objetales): 1) Identificación primaria: el niño incorpora el objeto sin ningún tipo de diferenciación; yo y objeto con una sola y misma cosa. Correspondería a un primer momento de confusión (fusión-con), lo cual fue descrito por Freud como la etapa anobjetal; 2) Los impulsos instintivos y las zonas erógenas mediadas por fantasías, se convierten en el punto de contacto entre el niño y la anatomía de la madre. Hasta el momento en que se produce este contacto, el niño no puede percibir los objetos sino a través del captar carencias o mediante protofantasías heredadas. Esto significa que hasta el momento del contacto con el objeto externo, hasta su presentación en el sensorio externo, no puede haber verdaderas representaciones; 3) A través del aparato perceptivo, el niño capta el objeto externo y lo puede ligar con el interno. Aquí ya puede evocarlo. Hay ya representaciones. Inicialmente la madre o rasgos de ella se vivencian como rasgos físicos concretos, como tonalidades de voz, como olores o como representaciones visuales. Estos rasgos, tomados como la totalidad, no se introyectan como son en la realidad espacial externa, sino que, y necesariamente, tiene que ser enriquecidos y/o distorsionados por la unidad biopsicológica primitiva del niño; 4) Los rasgos paternales introyectados, al principio tomados como totalidad e inconexos y confusos, comienzan a ligarse entre sí y el nexo se vuelve menos endeble; 5) Eventualmente y a medida en que se sedimenta el objeto bueno introyectado, se inicia el proceso de simbolización por medio del cual no se confunde necesariamente la representación del objeto con el objeto mismo; 6) La integración y conexiones de las representaciones objetales, integradas por la simbolización, se estabilizan en un proceso de composición y desintegración continuas, lo que permite que los rasgos y características introyectados se conviertan en funciones, abstracciones e ideologías incorporadas a nivel del yo y del Superyo, inicialmente muy fluctuantes; 7) Se produce, tanto el desbordamiento como la integración de los objetos y el yo, en el *self*. Mientras menos divorciados estén los objetos internos de las representaciones internas de objetos externos, mayor congruencia y madurez hay en la personalidad, y 8) La meta final, nunca alcanzada totalmente, es la real distinción entre el yo y el objeto, entre la persona y los seres de su entorno. / La **teoría del aprendizaje social** explica la identificación en general y la identificación en particular como consecuencia de la observación e imitación de modelos. Típicamente, un modelo es uno de los padres, pero los niños también se modelan ellos mismos a partir de otras personas, como hermanos mayores, compañeros de clase, pares, o personajes de la televisión. Según Jerome Kagan, hay cuatro procesos interrelacionados que establecen y fortalecen la identificación con los modelos. Primero, los niños *quieren* ser como el modelo. Segundo, los niños creen que *son* como el modelo. Tercero, los niños *experimentan emociones* como las que siente el modelo. Finalmente, los niños *actúan* como el modelo. Así, a través de la identificación, los niños llegan a creer que tienen las mismas características del modelo. Cuando se identifican con un modelo competente y protector, se sienten orgullosos y complacidos. Cuando el modelo es inadecuado, pueden sentirse infelices e inseguros. Según la teoría del aprendizaje social, los niños pequeños generalmente se identifican con el progenitor del mismo sexo, y cuando lo imitan, se refuerza su comportamiento. Un niño ve que es físicamente más parecido a su padre que a su madre. Lo imita (especialmente cuando lo ve como protector, competente y poderoso) y es recompensado por actuar "como un hombre". Lo mismo ocurre con las niñas. De acuerdo con este enfoque, los niños aprenden comportamientos moralmente aceptables de la misma

manera que la identidad de género, por imitación y refuerzo. Hacia el final de la niñez temprana, estas lecciones son ampliamente internalizadas; el niño ya no necesita castigos o elogios frecuentes, o la presencia de un modelo para actuar de modos apropiados y socialmente aceptados.

Ideología. Conjunto de definiciones compartidas que suministran interpretaciones y soluciones para lo que se juzga una situación social insatisfactoria. / En el marco de la psicología social, según Schilder, las ideologías se definen como sistemas de ideas y connotaciones (en general, de representaciones) que los hombres disponen para orientar su acción. Son pensamientos más o menos conscientes o inconscientes, con gran carga emocional, pero considerados por sus portadores como producto del raciocinio. En todo grupo emergen ideologías que pueden entorpecer el funcionamiento grupal y, por tanto, requieren ser analizadas en los niveles semántico y sistemático. Frecuentemente las ideologías no difieren en mucho de las creencias religiosas, con las que comparten un alto grado de evidencia interna en contraste con una escasez de pruebas empíricas. Las ideologías son un factor fundamental en la organización de la vida. Pueden transmitirse de padres y maestros a hijos y alumnos por procesos variados de identificación. Muy a menudo el propio sujeto ignora la existencia de ellas; no están explicitadas, pero son siempre operantes. / Para el Psicoanálisis lo ideológico puede ser abordado como discursividad cultural a la vez que como posicionamiento subjetivo; en este sentido constituye un punto de intersección nodular entre lo intrasubjetivo, lo intersubjetivo y lo transubjetivo. En tanto discursividad cultural designa la relación entre el discurso y sus condiciones sociales de producción; relación que se construye en el plano de la enunciación. Como posicionamiento subjetivo, remite al plano de la falta en relación al saber; es decir, a la función de la castración en el interjuego vincular y social.

Idiocia. Grave forma de insuficiencia mental, congénita o adquirida, tras una lesión cerebral en la primera infancia.

Ilusión. Fenómeno que se caracteriza por una falsa interpretación de estímulos reales. / Distorsión perceptiva causada por predisposición personal, por indefinición estimular, por indefinición de la situación en que se produce el estímulo, o por una combinación de estos factores. / **Ilusión grupal**: término acuñado por D. Anzieu. Se refiere a un estado psíquico particular que se observa tanto en grupos naturales como terapéuticos o formativos, estado que es espontáneamente verbalizado por los miembros de la manera siguiente: "Estamos bien juntos; constituímos un buen grupo; nuestro jefe o monitor es bueno". La ilusión grupal supone que el grupo sea erigido en objeto libidinal, y el grupo funciona en el aparato psíquico de los participantes como Yo Ideal. Es una fase inevitable en la vida de todo grupo, sea este natural o de formación. Tratar psicoanalíticamente esta ilusión implica un trabajo de desprendimiento que exige pasar por una desilusión. / **Ilusión mnémica**: deformación de un recuerdo por el agregado de detalles inexactos creados por la fantasía. Suele presentarse en los estados patológicos delirantes y esquizofrénicos.

Imagen. Representación mental de un objeto, una persona o un acontecimiento. / **Imagen alucinatoria**: es la que se produce por medio de las alucinaciones. / **Imagen copia**: imitación material (gráfica o gestual) de un modelo que está presente ante el sujeto o que acaba de ser percibido, sin que haya evocación diferida a días o semanas de distancia. Las imágenes copia pueden ser estáticas (imagen gráfica) o cinéticas (imagen ges-

tual). / **Imagen corporal**: es lo que una persona piensa, siente, concibe, percibe, sabe y cree que es su cuerpo. Esta idea no sólo se limita al cuerpo en sí, sino que va más allá de éste. La definición de imagen corporal está íntimamente relacionada con la apariencia física y los aspectos cercanos a ésta: tamaño, peso, contextura, etc., pero también con la manera como la mente concibe ese físico. El concepto de imagen corporal se divide en tres áreas: 1) Componente perceptual, comúnmente referido a cómo la persona percibe el tamaño de su cuerpo; 2) Componente subjetivo, relacionado con aspectos como la satisfacción, preocupación, evaluación del cuerpo, ansiedad, etc.; y 3) Componente conductual, es decir, cómo actúa la persona o cómo maneja su cuerpo. La imagen corporal que cada persona tiene de sí misma se va moldeando desde la infancia. Hay básicamente dos factores que la van construyendo a lo largo de la vida: la historia personal de cada individuo y las influencias de su vida cotidiana. / Cuando la imagen real del cuerpo de una persona difiere de la "imagen" contenida en la mente se dice que una distorsión de la imagen corporal. Es diferente insatisfacción de distorsión. Por lo general, muchas personas están insatisfechas con su cuerpo, pero no es común que una persona tenga una distorsión del mismo. Las distorsiones pueden alcanzar niveles patológicos; si los síntomas superan toda proporción "normal", puede tratarse de un **trastorno dismórfico del cuerpo**. Mientras que en éste hay una aversión individual subjetiva hacia una parte particular del cuerpo (nariz, orejas, manos y óvalo de la cara, principalmente), que parece normal a un observador, en la distorsión de la imagen corporal que manifiestan las personas con trastornos alimenticios, las áreas más distorsionadas son las que tienen un significado sexual, aquellas que se perfilan en la adolescencia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios, como las caderas, los muslos, el estómago y los senos. / **Imagen eidética**: variedad de imagen mnémica consistente en la representación mental de una experiencia sensorial previa (de un percepto), que conserva todas o la mayor parte de las propiedades de ese percepto, y que la persona puede evocar a voluntad; es la que queda presente en la mente después de una percepción, por espacio de fracciones de segundo. / **Imagen hipnagógica**: también se llama "duermevelas". Es la imagen que se produce en el período anterior al sueño. Es un tipo de imagen distorsionada y poco controlada. / **Imagen icónica**: es la reproducción exacta de la realidad. / **Imagen lúdica**: es la que se construye a través de los juegos. Su objetivo es evadirnos para sacarnos de nuestra actividad cotidiana. / **Imagen mental**: según Piaget, es la imitación interiorizada que sirve como simple significante simbólico de las acciones ejercidas sobre los objetos o de estos objetos en tanto meta de las acciones. Las imágenes mentales se desarrollan entre los 4-5 y los 10-12 años, y abarcan dos grandes tipos: las imágenes reproductoras (p.e. "me imagino una caja que antes percibí") y las imágenes anticipadoras (p.e. "me imagino una caja moviéndose hacia arriba, aunque nunca haya percibido tal movimiento"). Asimismo, las imágenes pueden ser estáticas, cinéticas (de movimientos) y de transformaciones. / **Imagen simbólica**: en la teoría piagetiana, es la representación gestual de una acción que no está presente en el campo perceptual, y que aparece en el transcurso del último estadio del período sensoriomotriz.

Imaginario. Término derivado del latín *imago* (imagen) y empleado como sustantivo en Filosofía y Psicología para designar lo que tiene que ver con la imaginación, es decir, con la facultad de representarse las cosas en el pensamiento y con independencia de la realidad.

Imaginario grupal. (Psicoan.): construcciones grupales producto de la puesta en común de las imágenes interiores y de las angustias de los participantes, de la escenificación de las fantasías. Incluye la producción de rituales, mitos e ideas. Todo grupo, desde la perspectiva psicoanalítica, requiere la creación de un imaginario para constituirse como tal. / **Imaginario social**: construcción colectiva, más o menos arraigada en vastos sectores sociales pero no en todos, y dentro del cual tienen un lugar preponderante los prejuicios. Aunque la estructura del imaginario social es siempre la misma, la forma que éste adquiere en relación con las distintas temáticas estará determinada por los elementos subjetivos que se ponen en juego frente a estas últimas. / (Psicoan.) Con este concepto se hace alusión a los mitos, las ideologías, las formas de interpretar el mundo y las creencias, como productos de la función significante de toda sociedad. Son las referencias específicas que todo conjunto social produce y a través de las cuales se percibe y elabora sus finalidades. Ellos otorgan una representación totalizante de su sociedad y le dan identidad y cohesión. Los imaginarios son considerados subproductos de la práctica social del hombre y remitirían siempre a un fundamento exterior que puede ser una estructura divina, natural, material o económica. De esta manera, lo imaginario no es reconocido como una producción autónoma pasible de ser pensada con una organización y modos de funcionamiento específicos.

Imbecilidad. Forma de insuficiencia mental, menos grave que la idiocia, pero que impide vivir de un modo autónomo. / Oligofrenia de grado medio.

Imitación. Adquisición voluntaria de una conducta observada en otras personas. Elemento fundamental del aprendizaje. / (Psi. del dllo.) **Imitación diferida**: reproducción o imitación de una acción o comportamiento observado en una ocasión anterior, mediante la evocación de un símbolo almacenado de éste. En el caso de los bebés, esta capacidad muestra que tienen una memoria a largo plazo para los eventos, y con ello, que tienen una representación mental para éstos. Se ha encontrado imitación diferida en bebés de catorce, e incluso de nueve meses. / **Imitación invisible**: imitación hecha con partes del propio cuerpo que uno mismo no puede ver, por ejemplo, la boca. Es posterior a la **imitación visible**, en la cual los bebés usan partes de su propio cuerpo que pueden ver, como las manos y los pies. Se han encontrado bebés que después de 72 horas de su nacimiento copian los movimientos de la cabeza que hace algún adulto. Este tipo de imitación sugiere que los seres humanos nacen con una capacidad primitiva para igualar los actos de otros seres humanos. Este puede ser un aspecto de un sistema representacional subyacente que permite a los bebés tanto percibir como producir actos humanos. La imitación temprana puede ser el medio a través del cual los infantes identifican a las personas que ven. A través de la imitación temprana los bebés distinguen a "aquellos como yo", de las cosas.

Impotencia. Imposibilidad en el hombre para conseguir o mantener la erección del pene. Las causas más comunes son: uso de medicamentos, deficiencia hormonal causada por una enfermedad, problemas circulatorios (p.e. arteriosclerosis, anemia), procedimientos urológicos (p.e. prostatectomía, orquiectomía, terapia de radiación), depresión, ansiedad, fatiga, estrés, miedo a fallar, aburrimiento, entre otras.

Impronta. Forma instintiva de aprendizaje en la cual el sistema nervioso de un organismo parece preparado para adquirir cierta información durante un breve periodo crítico en la vida temprana del animal. Se afirma que la impronta tiene lugar de manera automática e irre-

versible. De ahí que haya casos en los que los resultados de la impronta para los animales bebés son devastadores, como decaimiento físico y muerte, o desarrollo anormal. Ejemplo: como parte de sus estudios sobre el comportamiento animal, el etólogo Konrad Lorenz se contoneó, movió sus brazos y graznó como los patos, logrando que los patos recién nacidos lo siguieran como seguirían a su madre. Los patos recién salidos del cascarón siguieron el primer objeto en movimiento que vieron, aunque no fuera un miembro de su propia especie, y se fueron vinculando fuertemente a él. Usualmente, este primer vínculo se da con la madre, pero si el curso natural de los eventos es perturbado, pueden ocurrir otros vínculos (en ocasiones bizarros).

Impulso. Tendencia a actuar sin una deliberación previa. Fenómeno contrario a un acto de voluntad. / **Impulso afectivo**: tendencia innata en virtud de la cual un organismo aspira al contacto, físico o emocional, con otro organismo. / **Impulsos biológicos**: conjunto de movilizadores innatos de la conducta, que reflejan las necesidades de los órganos y los procesos fisiológicos del organismo.

Inadaptación social. Estado en el que el sujeto establece relaciones conflictivas con su entorno social. / Falla o dificultad en la adaptación, global o parcial, de una persona a la sociedad, ya sea porque no logra integrarse a ésta, o porque rechaza los valores que la fundamentan. Esta falla en la adaptación puede provocar en el sujeto una situación de desequilibrio que se puede manifestar en la adopción de comportamientos opuestos a los esperados por la sociedad. / Problema de conducta caracterizado por la escogencia que hace el sujeto de no ajustarse a las normas y reglas socialmente aceptadas. Las características de la inadaptación social son: ausencia de empatía, dificultad o imposibilidad para asumir responsabilidad por los comportamientos, violación deliberada de reglas y normas socialmente aceptadas, relaciones basadas en la explotación, la manipulación, la deshonestidad y las mentiras, ausencia de culpa y narcisismo.

Incesto. Contacto físico o relación sexual de personas entre las cuales existe una relación de consanguinidad lineal. También se incluye el caso en que una de las personas desempeña de manera estable el rol parental (p.e. padres adoptivos-hijos adoptivos, padrastro/madrastra-hijastro/a).

Incoherencia. Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La irregularidad ocurre dentro de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la alteración se produce entre las oraciones. No deben considerarse como incoherencia ciertas construcciones escasamente gramaticales o usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, una falta de escolarización o un bajo nivel intelectual. El término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia.

Inconsciencia. Estado en el que la capacidad de percepción y de actuar conscientemente están anuladas. El estado más profundo de inconsciencia es el estado de coma.

Inconsciente. (Psicoan.) Corresponde al estrato virtual más profundo del aparato anímico. Sus contenidos no llegan directamente a la conciencia. Se sabe de su existencia por inferencia, es decir, a través de sus manifestaciones. Las manifestaciones básicas de los derivados de lo inconsciente son los lapsus, los actos fallidos (parapraxias), los chistes, los sueños, la creación artística, los mitos, los cuentos infantiles y en su forma

más característica y dramática, los síntomas de la enfermedad mental. Lo inconsciente, como la vida psíquica toda, obedece a una causalidad y un determinismo. No existe acto psíquico, por simple que aparente ser, que no tenga una intencionalidad y una dirección definidas. El inconsciente se rige por una forma operativa de funcionamiento que Freud denomina proceso primario y que se caracteriza por una energía continuamente fluida, móvil y no ligada, que preside la vida de los niños y la infancia de los pueblos. A medida que se va desarrollando el niño, el proceso primario es complementado y hasta cierto punto reemplazado por el pensamiento de la lógica formal, que corresponde al llamado proceso secundario, determinado por energía fija, ligada, lo que permite la creación de los símbolos, de los pensamientos, de los recuerdos. / Dado que entre lo inconsciente y lo preconsciente existen dos barreras, los contenidos inconscientes confrontan varios tipos de dificultades para penetrar a la conciencia: 1) existiría un motivo de orden dinámico-económico: los contenidos pueden ser dolorosos de acuerdo con el principio de displacer-placer, y son, por lo tanto, detenidos o expulsados por la censura (represión); 2) un segundo motivo, de orden topográfico, está relacionado con la necesidad del paso obligado a través del preconsciente; 3) una tercera causa se relaciona con el hecho de que los contenidos inconscientes se hallan, por así decirlo, en el idioma del proceso primario, y tienen por lo tanto, que pasar por una especie de traducción al lenguaje del proceso secundario para poder ser captados en conceptos y símbolos a través de su estructuración y su unión con la palabra en el preconsciente. / **Inconsciente colectivo**: Según Jung, el conjunto de ideas y recuerdos que pertenecen a toda la humanidad y que son fruto de los recuerdos acumulados tras las experiencias de innumerables generaciones. Es colectivo en el sentido de que constituye un rasgo genérico del hombre, es decir, es compartido por todos los miembros de la especie humana, poseyendo una realidad psíquica anterior a la experiencia personal. Es el reservorio de nuestra experiencia como especie; un tipo de conocimiento con el que todos nacemos y compartimos. Aún así, nunca somos plenamente conscientes de ello. A partir de él, se establece una influencia sobre todas nuestras experiencias y comportamientos, especialmente los emocionales; pero sólo le conocemos indirectamente, viendo estas influencias. Existen ciertas experiencias que demuestran los efectos del inconsciente colectivo más claramente que otras. La experiencia de amor a primera vista, el *déja vù* (el sentimiento de haber estado anteriormente en la misma situación) y el reconocimiento inmediato de ciertos símbolos y significados de algunos mitos, se pueden considerar como una conjunción súbita de la realidad externa e interna del inconsciente colectivo. Otros ejemplos que ilustran con más amplitud la influencia del inconsciente colectivo son las experiencias creativas compartidas por los artistas y músicos del mundo en todos los tiempos, o las experiencias espirituales de la mística de todas las religiones, o los paralelos de los sueños, fantasías, mitologías, cuentos de hadas y la literatura.

Incorporación. V. *Identificación*.

Individuación. Según Jung, proceso terapéutico que lleva al sujeto a desarrollar al máximo sus potencialidades equilibrando las cuatro funciones psicológicas y equilibrando la conciencia y el inconsciente (las disposiciones inconscientes son incorporadas a la conciencia). El proceso culmina con la afirmación del *Self* (traducido como sí-mismo). La individuación comienza entonces confrontando la persona con la sombra, luego con su ánima o *animus*, y finalmente con la sumisión al arquetipo (viejo sabio, gran madre, etc.) con cualidades

que trascienden el inconsciente personal. Desde Jung, la individuación es también el proceso evolutivo del sujeto, que abarca cuatro etapas de aproximadamente diez años cada una: 1) El hombre nace con un inconsciente colectivo, no habiendo aún un perfil personal que lo individualice. Esta individualidad va surgiendo poco a poco, por ejemplo cuando a los tres años es capaz de decir "yo"; 2) Comienza en la pubertad y la progresiva ruptura psicológica con los padres; 3) El yo se hace cada vez más coherente, y al final de esta etapa adquiere plena individualidad; y 4) Aparece una adaptación completa del hombre a su rol social: a los cuarenta años el hombre está ubicado en relación con su medio familiar, social e incluso con el universo: es la integración de la conciencia del yo. Luego de los 40 o 45 años, surgirá el problema del sentido de la vida, con lo cual el hombre busca una significación suprapersonal y más objetiva de su vida sobre la base de los arquetipos. Así, se pasa del anonimato inconsciente (nacimiento) al anonimato consciente.

Infancia. Etapa de la vida que va desde el nacimiento hasta los tres años de edad. Se caracteriza porque el recién nacido es dependiente pero competente; todos los sentidos están operando; el crecimiento físico y el desarrollo de las habilidades motoras son rápidos; las capacidades para aprender y recordar están presentes, aún en las primeras semanas de vida; el vínculo a los padres y cuidadores se forma hacia el final del primer año; desarrolla una conciencia de sí mismo hacia el segundo año; la comprensión y el habla se desarrollan rápidamente; e incrementa el interés hacia otros niños. / La visión es el sentido menos desarrollado al nacer. Los ojos de los recién nacidos son más pequeños que los de los adultos, las estructuras retinales están incompletas, y el nervio óptico está subdesarrollado. La capacidad para mover su mirada y seguir los objetos se desarrolla rápidamente en los primeros meses. La visión periférica es estrecha al nacer, y se duplica entre la segunda y décima semana. Los tres primeros años de vida parecen representar un período crítico para el desarrollo de la visión binocular (usando ambos ojos para enfocar objetos, permitiendo la percepción de la profundidad y la distancia). La capacidad para percibir el color también mejora en los primeros meses. Hacia los dos meses, los bebés distinguen el rojo y el verde; hacia los tres meses reconocen el azul; a los cuatro meses reconocen el amarillo, y prefieren el rojo y el azul. El sentido del oído está bien desarrollado aún dentro del vientre. Los fetos responden a los sonidos, e incluso pueden aprender sonidos. Inmediatamente después del nacimiento, este sentido puede verse alterado debido a los fluidos que llenan el oído interno, como resultado del proceso de nacimiento. Uno o dos días después del nacimiento, el oído se vuelve a hacer eficiente. Además de oír perfectamente, los recién nacidos también pueden discriminar unos sonidos de otros (las voces de sus padres, de sus cuidadores, etc.). En cuanto al olfato, se sabe que los recién nacidos pueden diferenciar los olores, e identificar de dónde provienen. El sentido del tacto es el sistema sensorial más maduro: a la semana 32 de gestación, todas las partes del cuerpo son sensibles al tacto, y la sensibilidad de los bebés incrementa los primeros cinco días de vida. / Con respecto al desarrollo motor se sabe que los neonatos, aunque se mueven bastante (chupan sus dedos, mueven sus brazos y piernas, etc.) no tienen ningún control consciente sobre sus movimientos. Hacia el cuarto mes de vida tienen lugar movimientos voluntarios dirigidos corticalmente. El control motor (habilidad para moverse deliberadamente y con precisión), se desarrolla rápida y continuamente durante los tres primeros años, a medida que los bebés comienzan a usar cons-

cientemente las partes de su cuerpo. El orden en que adquieren este control sigue los tres principios del desarrollo: cefalocaudal, proximodistal y simple-complejo (V. *Desarrollo*). Tan pronto el SNC, los músculos y los huesos del bebé están lo suficientemente maduros, éste sólo necesita espacio y libertad para moverse y desarrollar sus nuevas habilidades. Cuando adquieren una habilidad, los bebés se muestran persistentes, practicando y mejorando dicha destreza; la repetición de sus habilidades es una parte importante en el dominio de las mismas, así como en la interacción social. La proliferación de las destrezas motoras da al niño la oportunidad de explorar y manipular el medio, y así obtener estimulación sensorial y mental. / En lo que respecta al desarrollo del lenguaje, se sabe que desde los cuatro meses y medio los infantes emiten una serie de sonidos, cuya cantidad va aumentando a medida que crecen. Hacia los 21 meses dicen o intentan decir aproximadamente 150 palabras, y entienden muchas más. Pueden decir, en su propio lenguaje, lo que quieren y lo que no. Además de ser una fuente de entretención, deleite y orgullo para los padres, el uso del lenguaje por parte de los bebés es un elemento crucial en su crecimiento cognitivo. Una vez que aprenden las palabras para las cosas, pueden usar un sistema de símbolos para representar los objetos a su alrededor; pueden así comunicar sus necesidades, sentimientos e ideas con el objeto de ejercer cierto control sobre sus vidas. Hacia los 24 meses dicen su primera frase, y hacia los 36 meses, dicen casi mil palabras, el 80% de ellas claramente entendibles (V. *Lenguaje*). / (Psi. del dllo.) / Niveles en el desarrollo de la **capacidad de clasificación**: Nivel 1- Agrupación en categorías simples: se da hacia los 16 meses de edad. El niño mueve cuatro objetos de una clase y los agrupa a todos juntos; Nivel 2 - Contacto serial: se da hacia los diecisiete meses. El niño toca cuatro elementos de un grupo y luego cuatro elementos de otro grupo; y Nivel 3 – Agrupación en dos categorías: se da hacia los diecisiete meses y medio. El niño mueve los ocho objetos y los clasifica ya sea en dos grupos distintos, o establece correspondencias uno-a-uno (p.e. coloca cada una de las muñecas sobre cada uno de los carros). Hacia los dieciocho meses los bebés típicamente atraviesan por una "explosión verbal", cuando repentinamente adquieren muchas palabras nuevas con las cuales pueden nombrar o rotular objetos. Este interés en nombrar las cosas parece mostrar que ahora los bebés se dan cuenta que los objetos pertenecen a diferentes categorías. No es sorprendente que desarrollen clasificaciones en dos categorías hacia la misma época en la que intentan nombrar todos los objetos en su mundo. / De acuerdo con la teoría del desarrollo psicosocial planteada por Erikson, los infantes se encuentran en la primera crisis del desarrollo de la personalidad: Confianza básica versus Desconfianza básica, que va desde el nacimiento hasta los dieciocho meses de edad. En esta etapa, los bebés desarrollan un sentido sobre qué tan confiables son las personas y los objetos en su mundo. Necesitan desarrollar un adecuado balance entre la confianza (que les permite formar relaciones cercanas) y la desconfianza (que les permite protegerse a sí mismos). Si predomina la confianza, como debería ser, los niños desarrollan la virtud de la esperanza: la creencia que pueden satisfacer sus necesidades y obtener lo que desean. Si predomina la desconfianza, los niños verán al mundo como hostil e impredecible, y tendrán dificultades para establecer relaciones cercanas. Según Erikson, el momento del amamantamiento es el apropiado para establecer la combinación adecuada entre confianza y desconfianza, y la madre juega un importante papel. La confianza permite al bebé que la madre se aleje de su campo

visual de control sin que éste sienta miedo, malestar, ansiedad o cólera, pues ella se ha convertido en una certidumbre interna del bebé, lo que le permite "predecir" que ella reaparecerá. La segunda crisis, que va desde los dieciocho meses hasta los tres años, es conocida como Autonomía versus Vergüenza y duda. A medida que los niños maduran –física, cognitiva y emocionalmente-, se dirigen al logro de la independencia de las personas de las que han dependido hasta ahora. El primer signo de este impulso hacia la autonomía o auto-determinación, viene como resultado de la maduración física. Los infantes comienzan a tomar sus propias decisiones y a hacer uso de cierta auto-restricción y autocontrol. Idealmente, habiendo superado la primera etapa con un sentido de confianza básica en el mundo, y con un despertar del sentido de sí mismos, los infantes comienzan a confiar en su propio juicio y sustituyen el de sus padres. La virtud que emerge es entonces la voluntad. Esta usualmente se ve como una tendencia a decir "no" a todo, sólo por el gusto de oponerse a la autoridad, pero es en realidad una característica esencial de esta etapa. / La comprensión del número tiene su inicio mucho antes de los dos años. Hay evidencias de bebés de cinco meses que pueden sumar y restar objetos en pequeñas cantidades. Esto puede indicar que la habilidad para entender los rudimentos de la aritmética es innata (como lo puede ser el lenguaje), y que cuando los padres les enseñan los números a sus hijos, sólo les están enseñando los nombres ("uno", "dos") para los conceptos que ellos ya conocen. Contrario a lo que Piaget pensaba, los bebés nacen con la capacidad para formar conceptos, o la adquieren muy tempranamente, sin tener que atravesar una larga etapa sensoriomotriz. (V. *Etapa sensoriomotriz y Vínculo*).

Infantilismo. Actitud; Presencia de una conducta infantil en el adulto.

Informe de investigación. Documento escrito en el que el investigador relata cuidadosamente todos los pasos seguidos en la investigación, los resultados obtenidos y sus conclusiones con respecto al problema estudiado. Antes de elaborar el reporte de investigación debe definirse el usuario, ya que el reporte deberá adaptarse a éste. Los elementos más comunes de un reporte de investigación presentado en un reporte académico son: portada, índice, resumen, introducción, marco teórico, método, resultados, conclusiones, bibliografía y apéndices.

Inhalantes. Vapores químicos respirables que producen efectos psicoactivos, esto es, que alteran la mente. Aunque las personas están expuestas a disolventes volátiles y a otras sustancias inhalantes en la casa y el lugar de trabajo, muchas no creen que son drogas porque, en la mayoría de los casos, nunca se intentó usarlas de esa manera. Los inhalantes se clasifican en disolventes, gases y nitritos. Aunque su composición es diferente, casi todos los inhalantes de los que se abusa producen efectos similares a los de los anestésicos, que desaceleran las funciones del cuerpo. Cuando se inhalan por la nariz o la boca a los pulmones en concentraciones suficientes, pueden causar efectos intoxicantes. La intoxicación puede durar solo algunos minutos o varias horas, si se toman repetidamente. En un principio, los usuarios pueden sentir un leve estímulo; con inhalaciones sucesivas, pueden sentir menos inhibición y menos control; por último, el usuario puede perder el sentido. La aspiración de cantidades muy concentradas de las sustancias químicas que contienen los disolventes o los aerosoles puede ser una causa directa de insuficiencia cardíaca y muerte. Eso es muy común con el abuso de los fluorocarburos y los gases similares al butano. Las elevadas concentraciones de inhalantes también causan defunción por asfixia al

desplazar el oxígeno de los pulmones y del sistema nervioso central, con lo que cesa la respiración. Otros efectos irreversibles causados por la inhalación de disolventes específicos son: pérdida de la audición, neuropatía periférica o espasmos de las extremidades, lesiones del sistema nervioso central o del cerebro, daño a la médula ósea, lesiones hepáticas y renales y agotamiento del oxígeno de la sangre.

Inhibición. (Psicoan.) Puede corresponder a una restricción normal de una función; se refiere a la disminución simple de una función. Las inhibiciones con limitaciones de las funciones del yo, impuestas como medidas de precaución o resultado de un empobrecimiento de la energía psíquica. / **Inhibición recíproca**: v. *Desensibilización sistemática*. / **Inhibición reactiva:** cantidad mensurable de fatiga específica que se acumula en un organismo cada vez que da una cierta respuesta. La consecuencia es la disminución o desaparición por parte del organismo a producir dicha respuesta frente al estímulo.

Inmadurez. Insuficiente grado de desarrollo afectivo que puede darse en personas cronológica e intelectualmente adultas.

Innato. Factor presente desde el nacimiento y del que en general se supone que es causado por acción de los mecanismos genéticos. Los factores innatos son habitualmente hereditarios, no aprendidos.

Inoculación de estrés. V. *Entrenamiento en inoculación de estrés (EIDE)*.

Insomnio. Trastorno de la fisiología normal del sueño. La palabra insomnio se usa para describir un síntoma consistente en la dificultad para iniciar o para mantener el sueño. También puede usarse para describir una duración corta del sueño o un sueño poco reparador. Se considera transitorio cuando dura menos de tres semanas. El insomnio está asociado a muchas enfermedades psiquiátricas, al consumo de alcohol y drogas, o puede considerarse "insomnio psicofisiológico". Este último tiene muchas causas, que van desde la predisposición genética hasta una higiene del sueño inadecuada (V. *Sueño*). / **Insomnia primaria**: su síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos un mes. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. No aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. e. trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad generalizada) y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica. / **Insomnio inicial**: dificultad para conciliar el sueño. / **Insomnio medio**: despertar a media noche después de haber conciliado el sueño, aunque con dificultades. / **Insomnio relacionado con un trastorno mental**: el principal motivo de consulta es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o la sensación de sueño no reparador al despertarse, durante al menos un mes, asociadas a fatiga diurna o afectación de las actividades diarias. Las alteraciones del sueño (o sus secuelas diurnas) provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El insomnio se considera relacionado con otro trastorno (p. e. trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad), pero reviste la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica. / **Insomnio terminal**: despertar antes

de la hora usual de hacerlo, con incapacidad para reemprender el sueño.

Instinto. (Psicoan.) Freud utiliza la palabra *instinkt* para hacer referencia a los aspectos predominantemente biológicos de la pulsión, y *triebe* para designar la concepción funcional que se acaba de definir. Por supuesto, este aspecto específico del funcionamiento psíquico-humano es distinto a lo que se denomina instinto en los animales inferiores aunque, sin duda, está relacionado con él. El impulso (*drive*) en el ser humano no incluye la respuesta motora sino tan sólo el estado de excitación central en la respuesta al estímulo, y tiene que ser mediada por una parte altamente diferenciada de la mente (el yo) y esto, a su vez, permite que la respuesta al estado de excitación que constituye el impulso o tensión instintiva, sea modificada por la experiencia y la reflexión, en vez de estar predeterminada, como en el caso de los instintos de los animales inferiores. / **Características del instinto**: 1) Fuente, que corresponde a la víscera o a la glándula de secreción interna que da origen al estímulo displacentero (tensión instintiva) y a su correspondiente fantasía. Ejemplo: en el caso del hambre, la fuente sería la mucosa gástrica irritada por el aumento de la secreción. En el caso de la micción, la fuente es la vejiga distendida; 2) Fin del instinto es la descarga que determina el cese de la tensión displacentera a nivel de la fuente. La descarga se asimila a la obtención de placer; 3) Perentoriedad, que se relaciona con la pujanza, con la cantidad de trabajo inmediato exigido por el organismo frente a una necesidad instintiva cualquiera; y 4) Objeto, que es el medio que el instinto utiliza para la descarga. / **Instinto de muerte**: la noción del instinto de muerte ha sido bastante discutida dentro del psicoanálisis; Freud mismo es ambivalente en relación con ésta. Afirma, por ejemplo, que el instinto de muerte “no tiene representación en el inconsciente”, y que “el miedo a la muerte implica estructuralmente que el yo sienta la pérdida de amor por parte del Superyo”. Para Fenichel, el fin instintivo de la destrucción es obviamente lo opuesto de la búsqueda sexual de un objeto para amar. Considera dudosa, sin embargo, la naturaleza de esta antítesis. Se pregunta si se está trabajando con calidades instintivas básicamente diferentes o si, más bien, el contraste se refiere a una diferenciación de una raíz originalmente común, y considera esta última hipótesis más probable. Para él, lo agresivo no es un fin instintivo en sí mismo, que caracteriza una categoría distinta, sino una forma por medio de la cual se buscan, a veces, los fines pulsionales en respuesta a las frustraciones, o aun espontáneamente. Finalmente, piensa Fenichel que la idea del instinto de muerte no es compatible con el concepto biológico del instinto, en la medida en que la fuente instintiva, que hace que el organismo reaccione a los estímulos que impulsan a la acción para producir modificaciones en la fuente, no puede ser aplicada al instinto de muerte (V. *Defusión*) / **Instintos sexuales parciales**: Freud denominó así a los instintos tempranos del niño, y mostró la necesidad de no abandonar el término “sexual” por varias razones: 1) Porque los instintos sexuales parciales constituyen el terreno del abono de la sexualidad adulta; 2) Porque en caso de bloqueo de la sexualidad adulta, hay tendencia a la regresión hacia la sexualidad infantil; 3) Porque el niño vivencia su sexualidad con la misma intensidad, emoción y fuerza que el adulto la suya; y 4) Porque algunos fines de la sexualidad infantil son similares a los de la adulta, particularmente en el caso de las perversiones. / La **primera teoría instintiva** de Freud se basa en la postulación de un grupo de instintos que reunió bajo la denominación de “instintos sexuales”, dotados de una energía que llamó libido, frente a otro grupo instintivo, más cercano a la

conciencia y a las modificaciones de la experiencia, aglutinado en la concepción de instintos del yo o instintos de autopreservación a los que inicialmente adjudica también una energía propia que llama interés. La energía de los instintos sexuales es bloqueada por la represión de las anticatexias movilizadas por los instintos del yo y encuentra su camino de salida a través de vías de compromiso psíquicas, somáticas o combinaciones de ambas. Paulatinamente, a través de la clínica, Freud se da cuenta que la contraposición entre instintos sexuales e instintos del yo de autopreservación no es siempre tan tajante, en la medida en que lo libidinal es, a veces, el motor de la autopreservación y que, a su vez, lo nutricio, contemplado en los instintos del yo, influencia positivamente lo sexual. Freud postula entonces la **segunda teoría instintiva**, que no reemplaza a la primera, y en ella expone una sola energía, la libido, que comprende el interés, la agresividad secundaria, la sexualidad, etc., y las variantes están dadas por su distribución económica (v. *Libido*). La **tercera teoría instintiva** se conceptualiza en términos de que la vida del ser humano es el resultado de dos tipos de fuerzas pulsionales en un continuo interjuego: instintos de vida (y eros), e instintos de muerte (y tánatos). / **Vicisitudes de los instintos**: se refieren a los destinos a los cuales están sujetas las fuerzas instintivas. Son cuatro: 1) represión, que corresponde a la supresión, jamás lograda totalmente, del representante ideativo del instinto o de su energía; 2) sublimación, que se relaciona con la inhibición en el fin, la canalización y el refinamiento de las fuerzas instintivas; 3) la transformación en lo contrario. Se puede descomponer a su vez en dos procesos: transición en el fin (el sadismo, por ejemplo, puede convertirse en masoquismo; el deseo de contemplar, en el de ser contemplado, etc.) y transformación en el fin (cambio de amor en odio, por ejemplo); y 4) vuelta contra la propia persona. Se puede hacer coincidir con la transición en el fin. / En el contexto de la etología, los instintos son definidos como una fuerza hipotética que impulsa y canaliza la conducta. Se caracterizan porque son patrones de acción propios de cada especie, producto de un proceso de adaptabilidad a medios estables y se reciben por transmisión genética; son precedidos típicamente por un componente apetitivo; llevan a la ejecución de conductas muy similares y estereotipadas; tienen una secuencia de movimientos coordinados que aparecen en el animal casi siempre sin necesidad de aprendizaje; por regla casi general se resisten a cualquier intento de modificación de conducta en cuanto a su secuencia, pero no en cuanto a su extinción; frecuentemente los dispara la presencia de un estímulo signo, entre otras.

Institución. Cuerpo normativo jurídico-cultural compuesto de ideas, valores, creencias y leyes que determinan las formas de intercambio social. Sexualidad, vejez, trabajo, salario, justicia, religión son instituciones universales que se particularizan en cada sociedad y en cada momento histórico. / Como orden instituido, es un espacio humanizado en donde se encarna la experiencia individual a través de diferentes roles que, al ser objetivados, se transforman parte del mundo objetivado accesible para cualquier sociedad. Así, los roles desempeñados por los individuos, participan del mundo social en tanto han internalizado dichos roles al tiempo que el mundo cobra realidad subjetiva dentro de ellos.

Instituido. Aquello que está establecido; conjunto de normas y valores dominantes; sistema de roles que constituye el sostén de todo orden social. Fuerza que se traduce en lo establecido, lo determinado y que tiende a perpetuarse de un modo determinado, conservador, resignado, en contra de todo cambio.

Instituyente. Fuerza constituida como protesta y negación de lo instituido. Paradigma que pugna por expandirse semánticamente. Como opuesta a lo instituido, es portadora de la innovación, el cambio y la renovación.

Inteligencia. En líneas generales, capacidad mental para entender, recordar y emplear de un modo práctico y constructivo, los conocimientos en situaciones nuevas. / **Inteligencia emocional**: comprende cinco esferas principales: conocer las propias emociones, manejar las emociones, la propia motivación, reconocer las emociones de los demás, y manejar las relaciones. / **Capacidad intelectual límite**: capacidad intelectual límite, esto es, a un CI entre 71 y 84. El diagnóstico diferencial entre la capacidad intelectual límite y el retraso mental (CI de 70 o inferior) es especialmente difícil cuando coexisten otros trastornos mentales (p. e. esquizofrenia). / **Componentes de la inteligencia**: de acuerdo con Robert Sternberg, son tres: 1) Elemento componencial: referido a cómo las personas procesan y analizan la información. Es el aspecto crítico de la inteligencia. Indica cómo aproximarse a los problemas, cómo resolverlos, y cómo monitorear y evaluar los resultados; 2) Elemento experiencial: referido a la manera en que las personas se aproximan a tareas nuevas y familiares. Es el aspecto introspectivo de la inteligencia. Permite a las personas comparar nueva información con aquella que ya se tiene, lo que da lugar a nuevas maneras de unir los factores y aspectos de las situaciones; y 3) Elemento contextual: referido al modo en que las personas se enfrentan a su medio. Es el aspecto práctico de la inteligencia. Se hace mucho más valioso en la vida adulta. Implica la habilidad para evaluar una situación y decidir qué hacer: adaptarse a ella, cambiarla, o encontrar una nueva y mejor alternativa. / **Modelo del proceso dual del funcionamiento intelectual** (en la adultez mayor): propuesto por Paul Baltes y sus colegas, incluye aspectos de la inteligencia que pueden seguir avanzando, pero que es improbable que se manifiesten en tests psicométricos. Este modelo identifica y busca medir dos dimensiones de la inteligencia: 1) Mecanismos de la inteligencia: áreas del procesamiento de la información y resolución de problemas. Es similar a la inteligencia fluida, y es el área que más frecuentemente declina con la edad; y 2) Pragmática de la inteligencia: incluye áreas de crecimiento potencial como el pensamiento práctico, la aplicación de conocimiento y destrezas acumuladas, la pericia especializada, la productividad profesional y la sabiduría. Este dominio, que usualmente se desarrolla en la adultez mayor, es similar a, aunque es más amplia que, la inteligencia cristalizada. / **Tipos de inteligencia** (**en la adultez**): según Cattell y Horn, son dos: 1) **Inteligencia fluida**: capacidad para aplicar las capacidades intelectuales en situaciones nuevas. Involucra los procesos de percepción de relaciones, formación de conceptos, razonamiento y abstracción. Se cree que depende del desarrollo neurológico, y que es relativamente libre de la influencia del aprendizaje o la educación previa. Requiere la habilidad para procesar nueva información; e 2) **Inteligencia cristalizada**: capacidad para recordar y usar la información aprendida. Depende de la educación, el aprendizaje y la cultura, así como del uso de la información almacenada, y de qué tan automático se ha hecho el procesamiento de la información en la persona. Representa el conocimiento adquirido durante la vida. / **Desarrollo intelectual**: v. *Etapa de las operaciones concretas*, *Etapa de las operaciones formales*, *Etapa preoperacional*, *Etapa sensoriomotriz*, *Desarrollo cognitivo*, *Desarrollo del lenguaje* y *Desarrollo moral*.

Intelecto. Entendimiento, razón como facultad con que el hombre piensa y comprende.

Intelectualización. Mecanismo defensivo descripto por Anna Freud en la adolescencia, consistente en una exageración de un mecanismo normal mediante el cual el yo intenta controlar las pulsiones asociándolas a ideas que puede manejar conscientemente. Intelectualizar es presentar los problemas en términos más generales y racionales, que personales y emocionales. No debe confundirse con la racionalización: ésta última no implica una evitación sistemática de los afectos aunque los racionaliza justificándolos de alguna forma. La intelectualización, en cambio, evita lo afectivo dándole forma discursiva.

Interacción. Proceso de lo que ocurre dentro de una unidad actuante (sea una persona o una colectividad) y lo que ocurre entre tales unidades. La psicología social puede ser definida como el estudio científico de los procesos psicosociales implicados en la génesis, desarrollo y consecuencia del comportamiento interpersonal./ Las características de las interacciones son: 1) Multiplicidad: relaciones que sirven para más de una función, o que incluyen más de un tipo de actividad; 2) Reciprocidad: equilibrio o desequilibrio del intercambio producido en la relación entre dos persona; 3) Variables temporales: frecuencia, duración, antigüedad y tiempo invertido en el contacto; y 4) Homogeneidad: grado de similitud o congruencia entre los miembros de una red social en una dimensión determinada.

Interés. (Psicoan.) Es la fuerza de los instintos del yo (V. *Instinto* y *Libido*).

Interferencia retroactiva. Fenómeno del aprendizaje por el cual al aprender un segundo conjunto o lista de materiales, se inhibe o disminuye la capacidad de recordar una primera lista o conjunto aprendido con anterioridad.

Internalización. Proceso mediante el cual un individuo incorpora en su personalidad los patrones de conducta prevalecientes en la sociedad.

Interpretación. Traducción y reconstrucción de la realidad. / (Psicoan.) Constituye la herramienta de trabajo más importante de la comunicación psicoanalítica. No existe un consenso entre los diferentes analistas en cuanto a cómo definirla, debido justamente a la riqueza funcional y conceptual del planteamiento. Se definirá, empero, como la comunicación verbal explicitada que el psicoanalista hace al paciente de la comprensión procesada de los contenidos inconscientes de éste, con el objetivo de ayudarlo a hacer consciente lo inconsciente, a ampliar los terrenos de su yo o a distinguir el yo del objeto. Entre lo que se podría considerar guías de la interpretación se encuentran las siguientes: 1) Puede concebirse la interpretación como un acto aislado, pero también se comprende como un proceso en el que culminan los efectos de los contenidos del paciente, del encuadre y de la relación y la comprensión transferencial-contratransferencial; 2) Va de lo superficial a lo profundo, entendiendo lo superficial como lo que emerge en la sesión, lo que constituye el hilo conductor de las asociaciones del paciente: la fantasía básica que constituye la esencia del relato; 3) El psicoanálisis evoluciona de la interpretación de contenidos a la de resistencias y hacia la comprensión del carácter; 4) Debe hacerse siempre en el contexto de la transferencia-contratransferencia; 5) Debe hacerse en un lenguaje simple, desprovisto de tecnicismos y en la medida de lo posible utilizar las mismas palabras del paciente; 5) Es importante interpretar los puntos sanos y positivos del paciente y señalarle no solamente sus defensas fallidas sino también sus adaptaciones exitosas y los esfuerzos

I

que hace para mejorarse y mejorar su entorno; 6) Dado que la simbolización constituye la base de la construcción del pensamiento, así como un lenguaje defensivo en el que se escuda la problemática neurótica y psicótica, el psicoanalista debe conocer el significado de estos símbolos a manera de un primer abordaje al lenguaje de su paciente, que abre las compuertas para el segundo lenguaje que es el verdaderamente funcional; 7) Los sueños se consideran aún la "vía regia" de acceso al inconsciente, razón por la cual proporcionan el núcleo básico de la interpretación; toda la sesión se trata como un sueño, es decir, todos los contenidos del paciente se manejan como contenidos manifiestos, detrás de los cuales hay contenidos latentes; 8) La validación de la interpretación se busca a través de sus efectos (que el paciente responda con sueños, recuerdos infantiles, respuestas psicosomáticas, respuestas afectivas de risa o tristeza, momentos de despersonalización, etc.); 9) En la medida de lo posible, la interpretación debe ser específica; 10) No debe destruirse la fantasía del paciente sino más bien integrar el flujo del mundo interno y el mundo externo; 11) El psicoanalista debe tener muy claro su sistema de valores para no tratar de imbuirlos al paciente, que tiene derecho a encontrar los suyos propios; y 12) Se trabaja en conjunto la interpretación y la elaboración, puesto que cada una existe en relación y al servicio de la otra.

Intersubjetividad. Compleja experiencia cognitivo-afectiva, en la que la comunicación entre dos seres humanos aparece como un continuo proceso de traducción de la experiencia de uno por el otro. Obviamente, por tratarse de un proceso de traducción mutua está sometido a toda suerte de deformaciones: el resultado de estas deformaciones es la interpretación que hace cada uno de la experiencia del otro. / Capacidad de los seres humanos de compartir deliberadamente con algún otro las experiencias subjetivas, o más específicamente, a la capacidad de compartir los contenidos de la mente con algún otro. / Fundamento de la existencia del mundo de vida, constituye una característica básica del mundo social: el sujeto puede percibir la realidad poniéndose en el lugar del otro, y esto es lo que permite al sentido común reconocer a otros análogos al yo. Es en la intersubjetividad donde los sujetos perciben fenómenos que escapan al conocimiento de su yo, pues los sujetos no pueden percibir su experiencia inmediata pero sí las de los otros, en tanto le son dadas como aspectos del mundo social. Así, el sujeto percibe sólo sus actos, pero puede percibir los actos y las acciones de los otros con quienes comparte el mundo, a quienes percibe como semejantes. La intersubjetividad requiere de interacción, y en toda situación de interacción se produce un contacto intersubjetivo. / Desde el punto de vista de la psicología del desarrollo, la intersubjetividad comienza a establecerse alrededor de los tres meses de edad aproximadamente. Para que haya intersubjetividad el bebé tiene que descubrir y comprender que otros distintos de él mismo pueden tener un estado mental similar al suyo. El establecimiento de la intersubjetividad transforma radicalmente el mundo interpersonal del bebé. A partir del establecimiento de las relaciones intersubjetivas, el bebé no sólo va a poder establecer relaciones de intimidad física sino que también va a poder establecer relaciones de intimidad psíquica. Con anterioridad al establecimiento de la intersubjetividad, el bebé responde a la conducta empática de la figura de apego (p.e. tranquilizándose como respuesta a una conducta tranquilizadora de la figura de apego), pero es incapaz de reconocer la empatía en sí de la figura de apego. Con posterioridad al establecimiento de la intersubjetividad, la empatía de la figura de apego pasa a convertirse en un contenido de la expe-

riencia del bebé. / Piaget y otros autores consideran que la intersubjetividad es una capacidad humana adquirida a través del proceso de construcción de las reglas y de los procedimientos para las interacciones. Otros autores consideran que la intersubjetividad es el resultado de la interpretación en términos de significado que la figura de apego realiza de las conductas del bebé, lo que acaba creando, cuando el bebé adquiere la capacidad de atribuir significados, un marco conjunto de significados, relacionado, obviamente, con la experiencia social; los significados aportados por la figura de apego no sólo reflejan lo que ella observa e interpreta en función de la experiencia social, sino que reflejan también las fantasías que dicha figura de apego tiene sobre lo que es el bebé y sobre lo que llegará a ser.

Intervención. Proceso estructurado y sistemático por el cual el psicólogo pretende producir cambios en el comportamiento de las personas con un objetivo social, organizacional, terapéutico, etc. / En psicología organizacional, es la etapa fundamentalmente orientada a posibilitar el cambio que surge como necesario a través de la caracterización diagnóstica. Implica el reconocimiento de las sucesivas etapas de estructuración y desestructuración que todo cambio inevitablemente propone, y supone como resultado la modificación de la relación de cada uno de los participantes con la situación.

Intimidad. Según el análisis transaccional, la intimidad es un estado de proximidad emocional a otra persona, caracterizado por la ausencia de manipulación y la presencia de una comunicación auténtica.

Intoxicación por alcohol. Se caracteriza por la ingestión reciente de alcohol, que conduce a cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol. Se presentan síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol, como lenguaje farfullante, ausencia de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o de la memoria y estupor o coma. Estos síntomas no se deben a una condición médica.

Intoxicación por sustancias. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Produce cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. e. irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.

Introspección. Proceso mental a través del cual el sujeto observa atentamente sus propias experiencias. / Observación que el individuo hace de su propio mundo interior, la cual se puede hacer en el momento inmediatamente posterior del hecho psíquico o en los intermedios. Este método tiene como gran ventaja que permite conocer en la forma más aproximadamente directa que es posible los procesos psíquicos más íntimos, en especial los afectivos (V. *Conciencia*).

Introversión. Según Jung, característica del sujeto de naturaleza lenta, reflexiva y cerrada, que evita el contacto con los otros y se pone fácilmente a la defensiva. El individuo introvertido tiende a poner entre la percepción del ambiente y su obrar una opinión subjetiva o interna que no proviene de éste; no sigue las

convenciones sociales al elegir su futuro, su forma de vestir, o su nivel de moral; lleva la mayoría de su vida internamente, comunica poco de lo que hace por lo que se ve inseguro o turbado; tiende a ser inflexible en su juicio aunque no pueda demostrar su razón. En el inconsciente se da una relación compensadora, tendiendo éste a darle una mayor relevancia al objeto y facilitar la relación con el ambiente; es así como el introvertido se ve frenado por la dependencia económica, el miedo a la opinión pública o el deseo de ser amado.

Introvisión. Según la psicología de la Gestalt, la introvisión es la percepción súbita del modo en que las partes se vinculan con la totalidad organizada. En el psicoanálisis, es la captación precisa que logra el paciente del significado de las ideas, motivos y recuerdos recobrados desde el plano inconsciente de su personalidad.

Introyección. V. *Identificación*.

Intuición. Forma de conocimiento directo caracterizada por la inmediatez y la contemporaneidad. / Según Jung, es una de las funciones o maneras de lidiar con el mundo. Es un modelo de percepción que funciona fuera de los procesos conscientes típicos. Es irracional o perceptiva como la sensación, pero surge de una bastante más compleja integración de grandes cantidades de información, más que una simple visión o escucha.

Investigación. Actividades intelectuales y experimentales llevadas a cabo de modo sistemático, con la intención de aumentar los conocimientos sobre un determinada tema, fenómeno, persona, etc. En ese sentido, puede decirse que es la búsqueda de conocimientos o de soluciones a ciertos problemas. / **Investigación científica**: proceso sistemático a través del cual se recogen datos a partir de un plan preestablecido que, una vez interpretados, modificarán o añadirán conocimientos a los ya existentes, organizado y objetivo (sus conclusiones no se basan en impresiones subjetivas, sino en hechos que se han observado y medido). / **Investigación aplicada**: guarda íntima relación con la investigación básica pues depende de los descubrimientos y avances de ella y se enriquece con ellos. Se trata de investigaciones que se caracterizan por su interés en la aplicación, utilización y consecuencias prácticas de los conocimientos. La investigación aplicada busca conocer para hacer, para actuar (modificar, mantener, reformar o cambiar radicalmente algún aspecto de la realidad). / **Investigación básica o pura**: se realiza con el propósito de acrecentar los conocimientos teóricos para el progreso de una determinada ciencia, sin interesarse en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es más formal y persigue propósitos teóricos en el sentido de aumentar el acervo de conocimientos de una teoría. / **Investigación científica**: procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad descubrir o interpretar los hechos y los fenómenos, relaciones y leyes de un determinado ámbito de la realidad. / **Investigación correlacional**: los estudios correlacionales pretenden ver cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí (o si no se relacionan). / **Investigación cualitativa**: V. *Método cualitativo*. / Momentos de la investigación cualitativa: 1) Planificación de la investigación; 2) Selección de los participantes (incluye tanto a los investigadores como a los informantes o participantes); 3) Recolección de datos; 4) Análisis de datos; y 5) Interpretación. / **Investigación descriptiva**: los estudios descriptivos sirven para analizar cómo es y se manifiesta un fenómeno y sus componentes (p.e. el nivel de aprovechamiento de un grupo, cuántas personas ven un programa televisivo y porqué lo ven o no). / **Investigación explicativa**: los es-

tudios explicativos buscan encontrar las razones o causas que provocan ciertos fenómenos. / **Investigación exploratoria**: los estudios exploratorios tienen por objeto esencial familiarizarnos con un tópico desconocido o poco estudiado o novedoso. Esta clase de investigaciones sirven para desarrollar métodos a utilizar en estudios más profundos. Una misma investigación puede abarcar fines exploratorios, en su inicio, y terminar siendo descriptiva, correlacional y hasta explicativa: todo según los objetivos del investigador. / **Investigación no experimental**: es la que se realiza sin manipular deliberadamente las variables independientes, se basa en variables que ya ocurrieron o se dieron en la realidad sin la intervención directa del investigador. Es conocida también como investigación expost-facto (los hechos y las variables ya ocurrieron) y observa variables y relaciones entre éstas en su contexto natural. Los diseños no experimentales se dividen en transeccionales y longitudinales. / **Investigación social**: es el proceso que, utilizando el método científico, permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social (investigación pura) o bien estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas a efectos de aplicar los conocimientos con fines prácticos (investigación aplicada).

Involución de la libido. V. *Narcisismo*.

Ira. Es una de las cuatro emociones básicas. Es el sentimiento de desagrado que una persona tiene ante una circunstancia determinada, que le impide actuar de forma serena produciendo alteraciones de la conducta que llegan a ser extremas. La persona sufre trastornos fisiológicos significativos que afectan las vísceras, el sistema nervioso y en especial, la actividad cerebral. La sangre se agolpa, el corazón salta, la garganta se anuda, la boca se seca, el sudor brota, las manos y las piernas tiemblan. Por lo general, la persona iracunda sufre una contracción del rostro, acompañada de una mímica que manifiesta estupor y rabia a la vez. Cuando habla aumenta el tono de la voz. Esta conducta emocional va acompañada de una tendencia exagerada a la gesticulación y en la mayoría de los casos, termina cuando se genera una respuesta violenta ante el estímulo que la provocó. Hay quienes opinan que la ira, al igual que otras emociones, es innata y congénita, pero estudios más recientes apuntan hacia el hecho de que lo único innato y congénito es la respuesta de los individuos ante las situaciones desagradables que, a través de procesos de maduración y de aprendizaje, se van haciendo diferentes en cada persona. La ira está muy relacionada con los fracasos, frustraciones y conflictos del hombre.

Irreversibilidad. V. *Etapa preoperacional*.

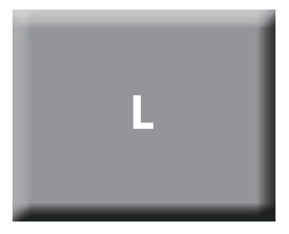


Jamais vù. Impresión de no haber visto nunca algo que en realidad es bien conocido. Se presenta en esquizofrénicos y algunos delirantes.

Juego. Actividad lúdica a través de la cual los niños crecen, aprenden a usar sus músculos, coordinan lo que ven con lo que hacen, y ganan dominio sobre su cuerpo; comprenden cómo es el mundo y cómo son ellos; estimulan sus sentidos, adquieren nuevas destrezas y aprenden a hacer uso de ellas; se enfrentan con emociones complejas y conflictivas representando la vida real. / **Juego cognitivo**: considerándolo como un aspecto de la cognición, revela el nivel de desarrollo cognitivo de un niño y estimula su evolución. Según Piaget, el desarrollo cognitivo en la niñez temprana permite a los infantes progresar de un juego funcional y repetitivo (p.e. hacer rodar un balón), a un juego constructivo (hacer una torre de cubos), un juego dramático (jugar al doctor), y luego a juegos formales con reglas (p.e. rayuela o canicas). Así, las formas más complejas del juego promueven el desarrollo cognitivo. Los tipos de juego cognitivo son: juego funcional, juego constructivo, juego imaginativo y juego con reglas. / **Juego con reglas**: tipo de juego cognitivo que implica cualquier actividad con reglas, estructura y metas (p.e. rayuela, canicas o escondidas). En éste, los niños aceptan las reglas preestablecidas y se ajustan a ellas. / **Juego constructivo**: es un tipo de juego cognitivo, en el que se manipulan objetos para construir o "crear" algo. / **Juego de roles** (***role playing***): técnica grupal próxima al psicodrama. La diferencia fundamental radica en que no se da preferencia en el juego de roles a las situaciones familiares, sino a las situaciones de la vida diaria (p. e. escenas de trabajo). El objetivo es empujar a los participantes a explorar el interior de los roles y de situaciones que a priori no les son familiares o ver situaciones conocidas desde el punto de vista del otro. Es una situación en la que a un individuo se le pide que desempeñe un papel, es decir, se comporte de determinada manera. El éxito será más probable si la persona que representa el papel cuenta con la suficiente información sobre el contenido del papel a desempeñar y si ha prestado la atención necesaria a lo que se podría denominar potenciadores. Estos últimos incluyen: acuerdo por parte del sujeto a participar, compromiso con la conducta u opinión que va a simular, improvisación y recompensa, aprobación o reforzamiento por llevar a cabo la representación de las conductas. / **Juego funcional**: es un tipo de juego cognitivo, caracterizado por cualquier movimiento muscular simple, repetitivo con o sin objetos, como hacer rodar un balón o halar un juguete. / **Juego imaginativo**: es un tipo de juego cognitivo, que implica situaciones inventadas. También es llamado juego fantástico, juego dramático o juego simulado. Es de gran importancia en el desarrollo cognitivo y de la personalidad. Emerge durante el segundo año de vida cuando el juego sensoriomotriz está decayendo. Se incrementa durante los siguientes tres o cuatro años y luego declina, a medida que el niño se interesa más en juegos con reglas formales. Piaget sostuvo que la capacidad del niño para simular o fingir reside en su habilidad para usar y recordar símbolos –retener en su mente imágenes de cosas que ha visto u oido-, y que su emergencia marca el inicio de

la etapa preoperacional. / **Juego patológico**: también denominado ludopatía, es un trastorno del control de impulsos caracterizado por ser un comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente. Se presentan síntomas como preocupación por el juego (p. e. preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar); necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado; fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego; inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego; utilización del juego como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. e. sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión); después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo; se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego; se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego; se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego; y se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego. / **Juego simbólico**: aquel en el cual el niño hace que un objeto represente otro (p.e. el niño usa un cepillo para representar un micrófono) (V. *Etapa preoperacional*). / **Juego social**: visto como fenómeno social, refleja la magnitud en la que los niños interactúan con otros. Existen seis tipos de juego social, oscilando desde el menos social, hasta el más social: 1) Comportamiento vacío: el que el niño no parece estar jugando, pero observa aquello que despierte un interés momentáneo; 2) Comportamiento observador: el niño pasa la mayor parte del tiempo viendo a otros niños jugar. Les habla, les hace preguntas o hace sugerencias, pero no entra en el juego; 3) Juego solitario e independiente: el niño juega solo con juguetes diferentes a los que usan los otros niños, y no se esfuerza por acercarse a ellos; 4) Juego paralelo: el niño juega independientemente, pero entre los otros niños, y con juguetes como los usados por ellos; sin embargo, no usa los juguetes de la misma forma. Juega *junto a* los otros niños, más que *con* ellos; 5) Juego asociativo: el niño juega con otros niños. Hablan sobre su juego, prestan y piden prestados los juguetes, y tratan de controlar a quienes juegan. Todos los niños juegan de manera similar, si no idénticamente; no hay división de tareas ni organización alrededor de un objetivo. Cada niño actúa como si deseara o estuviera más interesado en estar con los otros que en la actividad en sí misma; y 6) Juego cooperativo u organizado: el niño juega en un grupo organizado para alguna meta –para hacer algo, jugar un juego formal, o dramatizar una situación. Uno o dos niños controlan quién puede entrar al juego, y dirigen las actividades. Asumen diferentes roles, cooperan y se ayudan.

Juicio. Habilidad para analizar situaciones y resolución de problemas.



Labilidad. Estado emotivo caracterizado por una alteración del control consciente de las reacciones emotivas.

Latencia. (Psicoan.) Una vez resuelto, de manera más o menos parcial siempre, el complejo de Edipo, introyectadas las figuras parentales y sus valores y creada la nueva estructura, el Superyo, el niño entra en el llamado período de latencia, durante el cual no hace nuevas adquisiciones desde el punto de vista del desarrollo psicosexual. Aunque prosiga la actividad sexual, ésta se relega a un plano secundario, en tanto que se fortifican los procesos de socialización, de encuentro con los niños del mismo sexo, el interés por el funcionamiento concreto de las maquinarias y de las cosas. Los logros de la etapa de latencia según Blos, son los siguientes: 1) Se producen aumentos de las catexias de los objetos internos (representantes del *self* y de los objetos), con la consiguiente automatización de ciertas funciones del yo; 2) Aumenta la resistencia yoica a las regresiones (autonomía secundaria) con expansión de las áreas no conflictualizadas del yo; 3) Se forma un ego crítico que colabora, por así decirlo, con el Superyo para que la autoestima tenga un mínimo de independencia del ambiente; 4) Hay menor utilización del cuerpo para la expresión y aumenta la capacidad de verbalización no tan ligada al cuerpo; 5) Se obtiene un dominio relativo del medio, a través de habilidades específicas y mediante el uso del proceso secundario para manejar las tensiones. Así, la latencia no es solamente un período de detención, sino también una etapa de preparación, sedimentación y cristalización indispensable para una adolescencia relativamente menos conflictualizada./ (Psi. cond.) Medición de la fuerza de respuesta.

Latente. El contenido latente es la parte oculta de un sueño, una fantasía, de los pensamientos y las emociones. Se expresa de forma enmascarada en el contenido manifiesto. / V. *Sueño*.

Lenguaje. El lenguaje hablado tiene lugar cuando una persona emite sonidos vocales distintivos para ser entendidos por otra persona que la escucha. / **Desarrollo del lenguaje**: en la **infancia** (etapa que va desde el nacimiento hasta los tres años de edad), antes de las primeras palabras, los bebés desarrollan un rico repertorio de gestos no verbales que les permiten comunicarse con los demás. Hacia los nueve meses, la mayoría de los bebés señalan con el dedo índice hacia algún objeto que deseen alcanzar, acompañando esta acción con algún sonido. Entre los nueve y los doce meses, aprenden algunos gestos convencionales: dicen adiós, mueven su cabeza ligeramente de lado a lado para decir sí, o de arriba abajo para decir no. Hacia los trece meses, usan gestos representacionales más elaborados, que involucran significados más complejos: por ejemplo, alzan sus brazos para mostrar que desean ser alzados. Estos gestos simbólicos van más allá de señalar, e incluyen juegos como "hacer arepitas", que representan objetos, eventos, deseos y condiciones específicas. Emergen justo antes o simultáneamente a la etapa en la que los bebés dicen las primeras palabras. En esta etapa el lenguaje se caracteriza por la simplificación (los niños usan un habla telegráfica para decir justamente lo que quieren, p.e. ¡No leche!); la sobre-regularización de las reglas (aplican las reglas de manera rígida, sin saber que algunas reglas tienen excepciones); la sobre-extensión de las palabras (p.e.

le dicen "abuelo" a todos los hombres que tienen canas); la sub-extensión de las palabras (p.e. le dicen "carrito" sólo a un carrito específico –probablemente al primer carrito que tuvieron- y no a todos los carros pequeños); y porque entienden relaciones gramaticales que aún no pueden expresar. Cuando los infantes comienzan a emitir sonidos, suelen usar palabras cortas o sílabas simples que tienen varios significados. Estas palabras son llamadas holofrases, porque expresan un pensamiento completo en una sola palabra. Sus significados, por supuesto, dependen del contexto en el que el niño las emite. Generalmente hacia los dos años de edad los infantes ya utilizan frases completas, aunque "telegráficas". El habla se va haciendo cada vez más compleja, incluyendo de forma creciente el uso de artículos, preposiciones, sujetos y verbos. De acuerdo con la teoría del aprendizaje, los infantes aprenden el lenguaje de la misma manera en que aprenden otros tipos de comportamiento, esto es, a través de condicionamiento y refuerzo. Los padres refuerzan a los infantes (usualmente prestándoles atención, sonriéndoles y hablándoles) cuando emiten sonidos o palabras que se parecen al lenguaje adulto. Inicialmente, los niños emiten sonidos aleatoriamente, pero cuando éstos suenan como palabras adultas, son entonces reforzados. / En la siguiente etapa, la **niñez temprana**, los niños se interesan por todo lo que les rodea, y preguntan sobre todas las cosas, en parte porque quieren saber, y en parte porque cuando preguntan "¿por qué?", logran iniciar y mantener una conversación. Al inicio de la niñez temprana, los niños pueden dar y seguir comandos que incluyen más de un paso (p.e. recoge tus juguetes y colócalos en el closet). Pueden nombrar cosas familiares como mascotas, partes del cuerpo y personas. Sus destrezas lingüísticas progresan rápidamente a través de la niñez temprana. Hacia los tres años, los niños usan los plurales y el tiempo pasado, y conocen la diferencia entre *yo*, *tú*, y *nosotros*. Entre los tres y los seis años aprenden de dos a cuatro palabras cada día, pero no siempre las usan como lo hacen los adultos (p.e. usan la palabra *mañana* para referirse a cualquier tiempo en el futuro, y la palabra *ayer* para referirse a cualquier momento en el pasado). Entre los cuatro y los cinco años, sus frases oscilan entre cuatro o cinco palabras. Pueden manejar preposiciones como *sobre*, *debajo*, *en*, *dentro* y *detrás*; pueden nombrar colores; y pueden contar hasta diez. Entre los cinco y los seis años, usan frases más largas y complejas. Pueden definir palabras simples, y conocen algunos opuestos (frío-calor, afuera-adentro); usan más preposiciones, conjunciones y artículos. Entre los seis y los siete años, su habla se vuelve bastante sofisticada. Ahora hablan en frases complejas y compuestas, gramaticalmente correctas. También pueden realizar lecturas y escrituras sencillas, algunas veces "inventando" deletreos fonéticos. Aunque los niños pequeños hablan fluida, comprensible y adecuadamente, usualmente cometen errores: p.e. "pónele" en lugar de "ponle". Estos son signos normales en el aprendizaje del idioma. Cuando comienzan a descubrir las reglas (como poner una *é* o una *í* para el tiempo pasado), tienden a sobregeneralizar, esto es, usan la regla en todas las ocasiones. Eventualmente, a medida que oyen a las personas adultas hablar, y a medida que ellos mismos participan en las conversaciones, se dan cuenta que la *é* o la *í* no se usan siempre para formar el tiempo pasado de un verbo ("sostení" en lugar de "sostuve", o "vení" en lugar de "vine"). Un aspecto de la comprensión inmadura del lenguaje se muestra en la frecuencia con la que los niños malinterpretan frases completas, pues tienden a procesar las palabras en el orden en que las oyen (p.e. la madre le dice al niño: "Puedes ver t.v. después de recoger los juguetes"; lo que el

niño piensa es que primero puede ver t.v. y luego recoger los juguetes). Estas interpretaciones erradas tienen implicaciones importantes para los adultos que le hablan a los niños, dado que muchas veces éstos reciben un significado muy diferente de aquel que el adulto intenta comunicar (V. *Habla egocéntrica*, *Habla social* y *Habla privada*). / **Lenguaje del cuerpo**: forma de comunicación no verbal efectuada a través de gestos, movimientos, etc. / En el marco de la psicología social, el lenguaje cumple una función de mediación ideológica al reproducir los significados de las palabras producidas por la clase dominante. Al interiorizarlo desde la infancia internalizamos una ideología, unas normas y valores que reflejan los intereses de un sector privilegiado de la sociedad. Por otra parte, a través de él reproducimos cierto de relaciones sociales y, desde que comenzamos a hablar construimos nuestras representaciones sociales entendidas como una red de relaciones que el niño establece a partir de su situación social, entre significados y situaciones que le interesan para su supervivencia.

Lesbianismo. Homosexualidad femenina (V. *Homosexualidad*).

Ley del efecto Planteada por Thorndike, indica que, de las distintas respuestas adoptadas frente a una misma situación, las que acompañan a la satisfacción del animal, o las que se presentan inmediatamente después de tal satisfacción, si las otras circunstancias no varían, quedarán más firmemente conectadas a esta situación, de manera que cuando ésta se presente de nuevo, habrá mayores probabilidades que se presenten las mismas respuestas. Las respuestas que se acompañan de algún malestar, también en igualdad de circunstancias, sufrirán una debilitación de sus conexiones, de manera que si esta misma situación vuelve a presentarse, habrá menor número de probabilidades de que esas respuestas se presenten. Mientras mayores sean la satisfacción o el malestar, mayor será el fortalecimiento o debilitamiento de ese lazo.

Libido. (Psicoan.) Es la energía del instinto sexual. En la segunda teoría instintiva de Freud, expone una sola energía, la libido, que comprende el interés, la agresividad secundaria, la sexualidad, etc. Parte de la energía psicológica (libido) se centra en el propio yo -**libido narcisística**- y parte se distribuye en los objetos del mundo externo y en sus representantes dentro de la personalidad misma (representaciones internas de los objetos) -**libido objetal**. En otras palabras, hay una determinada cantidad de energía sexual, de cariño, de rabia, de aprensión que se centra en el sí mismo y otra que se reparte en el mundo y sus representantes internos. / **Libido detenida**: v. *Neurosis de angustia*.

Líder. Rol mediante el cual un miembro del grupo asume en mando e impulsa y dirige la acción hacia una meta (p.e. hacia el cambio o hacia la resistencia al cambio), haciéndose depositario de los aspectos positivos del grupo. Su rol complementario es el de seguidor, asumido por los restantes miembros que lo siguen. / Existen dos criterios para clasificar los liderazgos: según la meta de la acción que dirige (líder operativo y saboteador), y según la modalidad de relación que establece con sus seguidores (líder autocrático, democrático, *laissez-faire* y demagógico). El liderazgo es operativo si impulsa el cambio, y es saboteador si impulsa la resistencia al cambio. Con respecto al primero de ellos, Pichon Rivière señala que el emergente o portavoz del grupo es al principio el miembro más débil por su incapacidad para soportar la depositación masiva de la inseguridad del ambiente, pero luego puede convertirse a través de la terapia en el miembro más fuerte, es decir, en el líder del cambio, con lo que pasa a ser un líder operativo. Aquí, Rivière utiliza la

expresión 'operativo' en un sentido estricto, ya que, en un sentido más amplio, también el líder saboteador es operativo en la medida en que produce un efecto sobre el comportamiento del grupo. Utilizando una clasificación de Kurt Lewin, Rivière establece un liderazgo autocrático, democrático y *laissez-faire*. A esta tipología lewiniana, Rivière agrega un liderazgo demagógico. El líder autocrático usa una técnica directiva, rígida, favorece un estereotipo de dependencia, entrando al servicio del *'statu quo'* de la enfermedad y la resistencia al cambio. Su característica más señalada es quizá su incapacidad de discriminar entre rol y persona, confundiéndose a sí mismo con el grupo. El liderazgo democrático es el rol ideal que puede asumirse en el trabajo grupal. El intercambio entre líder-coordinador y el grupo se realiza en forma de una espiral permanente, donde se ligan los procesos de enseñar y aprender formando una unidad de alimentación y realimentación (*feedback*). Los intercambios de ideas se hacen entre los miembros del grupo, de manera que su intervención consistiría sólo en señalar la dificultad de su funcionamiento. El líder *laissez-faire* (en francés = 'dejar hacer') es el que delega al grupo su autoestructuración y que asume sólo parcialmente sus funciones de análisis de la situación y orientación de la acción. El líder demagógico es propuesto específicamente por Rivière, extrañándose este último que nunca haya sido por los psicólogos sociales como un rol definido. / **Líder altruista**: aquel cuyo ejercicio de la dirección de tareas comunitarias sobrepasa el buen cumplimiento, excede lo esperado y exigido, mostrando una consideración y un respeto de los otros de profundo carácter ético, así como sentimientos y cualidades caracterizados por la búsqueda del beneficio colectivo y la superación individual. / **Líder transformador**: forma de liderazgo definida por la presencia de un fuerte e intenso componente afectivo, por el alto despliegue de energía y de trabajo (del líder y del grupo), y por desarrollar sólidos vínculos con los demás miembros de la comunidad.

Límite. En la teoría general de sistemas, los límites entre subsistemas varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. Los límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar; los límites rígidos son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado; y los límites claros son aquellos que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que los límites claros comportan una adaptación ideal.

Llanto. Es el primer y único medio de comunicación del recién nacido. Es la manera más poderosa –en algunas ocasiones la única- a través de la cual los infantes pueden comunicar sus necesidades vitales. Para un extraño, el llanto del bebé puede sonar siempre igual, pero los padres del bebé suelen diferenciar cuando el bebé llora por hambre, por sueño o por algún malestar. Diferentes patrones, frecuencia e intensidad del llanto señalan hambre, sueño o enojo del bebé. Los bebés tienen cuatro patrones de llanto: el llanto básico de hambre (rítmico); el llanto de enojo (en el cual el exceso de aire es forzado a través de las cuerdas vocales); el llanto de dolor (un ataque de llanto repentino sin quejidos preliminares, seguido en ocasiones por la contención de la respiración); y el llanto de frustración (dos o tres llantos alargados, sin contención prolongada de la respiración).

Lóbulo frontal. Desempeña un papel vital en la conducta humana adulta. Es la estructura encargada de programar los actos y los movimientos, desde la ejecución de cada contracción muscular aislada hasta la programación de las alternativas de un futuro lejano. Es una estructura que expresa, a través de las palabras, acciones o ideas creativas, el

L

resultado de los procesos mentales. Su región posterior es el área motora primaria, en la que están representados todos los músculos del cuerpo. Por delante de esta área se encuentran las áreas de asociación motora o áreas motoras secundarias, encargadas de integrar movimientos de mayor complejidad. Está más desarrollada funcionalmente en el lado izquierdo de los diestros y en el lado derecho de los zurdos. La neocorteza terciaria o corteza prefrontal constituye la mayor parte del lóbulo frontal y es la última región del cerebro en desarrollarse en la escala evolutiva, y en el desarrollo ontogenético; completa su mielinización en la adolescencia. Es fundamental en la toma de decisiones, indispensable para postergar impulsos, para aplazar (a veces indefinidamente) acciones que nos gustaría ejecutar inmediatamente, prever las consecuencias futuras de los propios actos, para tener crítica, prudencia, iniciativa y responsabilidad, todo en aras de la convivencia social. / En las personas "frontalizadas", es decir, aquellas que han sufrido algún tipo de lesión en esta zona, se presentan trastornos conductuales que comprometen en particular su vida social y su productividad. Se caracterizan por una actitud sumisa, son apáticos y pierden la iniciativa, síntomas que pueden ser confundidos con la depresión. En algunos predomina la desinhibición, son groseros, imprudentes, impulsivos y socialmente incompetentes. / (Neuropsi.) **Lobotomía**: cirugía que se popularizó en los años cincuenta, consistente en cortar las fibras que conectan al lóbulo frontal con el resto del encéfalo. Se usaba (todavía tiene algunas indicaciones) en pacientes esquizofrénicos agitados, en depresivos con ideas suicidas, en individuos, en individuos obsesivo-compulsivos cuyos rituales o cuya ansiedad no les permitían vivir tranquilos, o en pacientes con síndromes dolorosos intratables por otros medios. Un paciente lobotomizado se podía manejar más fácilmente en la casa o en una institución psiquiátrica, aunque fueran socialmente improductivos.

Lóbulo occipital. Procesa principalmente información visual –corteza visual primaria– y participa en funciones más generales del procesamiento de información.

Lóbulo parietal. Región de la corteza cerebral que organiza su desarrollo alrededor del sentido del tacto. Se entiende por tacto en su sentido más amplio la capacidad para percibir, conscientemente o no, temperatura, dolor, presión, vibración, propiocepción, etc. De ahí su importancia para la supervivencia del individuo. En este lóbulo se encuentra el área sensitiva primaria o S1, en donde está representado cada sitio de la superficie corporal (incluyendo cavidades oral, nasal, vaginal y rectal). Tiene áreas de asociación táctil, visual y auditiva. Así, el parietal es esencial para transferir la información de un sentido a otro, e integrar la información proveniente de los tres sentidos más importantes (tacto, oído y visión). Con las áreas parietales se hace un reconocimiento del esquema corporal, se reconocen las habilidades y limitaciones propias, y se analiza el espacio que nos rodea.

Lóbulo temporal. Es el más heterogéneo de los lóbulos cerebrales. Es el único que tiene un núcleo (la amígdala), y además es el único lóbulo que tiene todos los tipos de corteza cerebral. En él se encuentran las áreas primarias de la audición, áreas para el equilibrio (sistema vestibular), además de áreas para el olfato y gusto. Es el lóbulo que integra mayor diversidad de funciones, desde autonómicas, pasando por límbicas y emocionales, hasta mnésicas y conductuales complejas. Dado que es el que más variedad de corteza y funciones tiene, también es el que más variedad de síntomas ocasiona cuando se lesiona. Las manifestaciones más llamativas de

las lesiones temporales suelen ser episódicas. Los síntomas, que son el reflejo de actividad eléctrica normal, focalizada, suelen ser breves y alternan con períodos más largos de relativa normalidad. Por estas características, el síndrome del lóbulo temporal es considerado un subtipo de epilepsia. Las crisis del lóbulo temporal, llamadas también "crisis parciales complejas", pueden presentarse aisladas, o preceder a una convulsión epiléptica generalizada. / Ocasionalmente los pacientes con daño en el lóbulo temporal tienen sensaciones de premonición o delirios mesiánicos, es decir, creen tener la capacidad de adivinar el futuro, o de estar dotados de poderes que el resto de gente no posee. Su pensamiento mágico y místico suele ser acentuado. Se cree que Mahoma, San Pablo y Dostoievsky tenían síndrome del lóbulo temporal. Los trastornos emocionales son muy comunes en el síndrome del lóbulo temporal; las personas presentan episodios cortos y súbitos de pánico, rabia o inclusive placer inexplicables, sin factores precipitantes claros. Algunos pacientes tienen crisis de tipo perceptual (trastornos perceptuales). Dado que este lóbulo almacena información sobre imágenes visuales, estos pacientes pueden sentir que las cosas se agrandan y se achican súbitamente. Esto se conoce como macropsias y micropsias. Puede haber ilusiones o alucinaciones visuales, auditivas u olfativas. Otro síntoma son los automatismos.

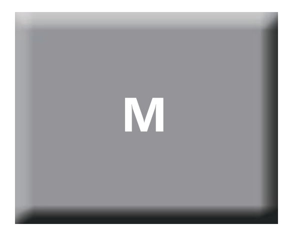
Locus de control. (Psi. cond.) Predisposiciones a hacer un determinado tipo de atribuciones, en el sentido de situar el control fuera (**locus de control externo**) o dentro del sujeto (**locus de control interno**). Las atribuciones de locus de control interno son estables cuando conciernen a la inteligencia y las habilidades, e inestables cuando están determinadas por el humor, los impulsos, la motivación y otras variables internas de acción discontinua. Lo mismo ocurre con el locus de control externo, que es estable en lo que hace referencia a la valoración del entorno global, e inestable cuando la atribución tiene en cuenta la suerte y otras variables externas circunstanciales.

Logorrea. Locuacidad excesiva.

Logros, **etapa de.** Una de las etapas de la teoría de Warner Schaie, quien cree que el desarrollo intelectual procede en relación con el reconocimiento que hacen las personas de lo que es significativo e importante en sus propias vidas. Es la segunda, después de la etapa adquisitiva. En esta etapa, que va desde el final de los veinte años hasta el principio de los treinta, las personas ya no adquieren conocimientos simplemente para su propio beneficio, sino que usan lo que saben para hacerse competitivos e independientes. Se desempeñan mejor en las tareas que son relevantes para los objetivos de vida que se han propuesto.

LSD. Derivado semisintético de uno de los alcaloides del cornezuelo del centeno (un hongo). Es un líquido incoloro e insípido que provoca su acción a nivel del SNC.

Ludopatí. V. *Juego patológico*.



Machismo. Construcción cultural basada en la evolución de la socialización de los roles de género; es en esencia un modo particular de concebir el rol masculino basado en el mito de la superioridad de los hombres por sobre las mujeres y en la autoridad que consideran "por derecho propio" tener sobre ellas. / Actitud del hombre frente a la mujer y a toda una serie de actividades o funciones que se supone ésta debe asumir y adoptar, en el que hace una asociación entre el objeto mujer y el grado de valoración que se le da. / Actitud que tiene como objeto, más que la mujer, lo femenino, esto es, todo el entorno simbólico que rodea la figura de la mujer en la sociedad.

Macropsia. Percepción visual de que los objetos son mayores de lo que realmente son (V. *Lóbulo temporal*).

Macrosistema. Formas de organización social, sistemas de creencias y estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura en particular. Son patrones generalizados que impregnan los distintos sectores de una sociedad (p. e. la cultura patriarcal).

Madre. (Psicoan.) P. Aulagnier entiende por madre un sujeto con las siguientes características: 1) que reprimió exitosamente su propia sexualidad infantil, 2) que ama al niño, 3) que está de acuerdo con lo que el discurso cultural dice sobre la función materna, y 4) la presencia junto a ella de un padre, por quien tiene sentimientos positivos. Madre normal es aquella cuyas conductas y motivaciones inconscientes no inducen una evolución psicótica en el niño. / **Madre suficientemente buena**: Concepto acuñado por Winnicott, referido a la madre que permite que el niño "aprenda a estar solo", aspecto considerado básico en el desarrollo.

Maduración. Despliegue de una secuencia de patrones relacionados con la edad y biológicamente determinados, que incluye la disposición para dominar nuevas destrezas y habilidades. Los comportamientos que dependen ampliamente de la maduración generalmente aparecen cuando el organismo se encuentra listo, no antes, y raramente después. / La maduración en la adolescencia involucra no sólo los cambios físicos, sino también los efectos psicológicos de dichos cambios. Los cambios físicos que señalan el final de la niñez (pubertad) incluyen la aparición de las características sexuales primarias y secundarias, la maduración de las funciones reproductivas, y el crecimiento de los órganos sexuales, principalmente. / Según Piaget, la maduración cognitiva del adolescente se da gracias a la ampliación del entorno, que le ofrece más oportunidades para experimentar. La interacción entre los dos factores es esencial. Aún si el sistema neurológico de un niño se ha desarrollado lo suficiente para permitirle alcanzar la etapa del razonamiento formal, nunca lo lograría si no es motivado cultural y educacionalmente.

Madurez. En biología, se dice que un organismo está maduro cuando ha completado su desarrollo. Desde este punto de vista un niño es un organismo inmaduro, y un adulto es maduro. En general, madurez designa también un estado en el cual un órgano o aparato está preparado para cumplir su función específica.

/ En psicología, y cuando se aplica dicho adjetivo a procesos o conductas, "maduro" suele significar todo proceso o conducta acorde con la edad. Si alguien no se conduce en forma apropiada según la norma para esa edad, es inmaduro, y el comportamiento alude siempre a un comportamiento cronológicamente anterior en el desarrollo. / Según Allport, la madurez psicológica se logra cuando se posee un *proprium* bien desarrollado y un rico y adaptativo grupo de disposiciones. Tiene siete características: 1) Extensiones del *Self*: específicas y duraderas como el compromiso; 2) Técnicas de relacionarse cálidamente, orientadas a la dependencia de los demás (confianza, empatía, sinceridad, tolerancia, etc.); 3) Seguridad emocional y aceptación propia; 4) Hábitos encaminados hacia una percepción realista (contrario a defensividad); 5) Centramiento en los problemas y desarrollo de habilidades centradas en la solución de problemas; 6) Objetivación del *Self* o lo que es lo mismo, desarrollar la introspección; reírse de uno mismo, etc.; y 7) Una filosofía unificada de la vida, que incluya una particular orientación hacia la valoración; sentimientos religiosos diferenciados y una conciencia personal.

Maltrato. Toda acción u omisión que, causando daño físico, emocional o sexual a una persona, vulnere sus derechos y le impida el pleno desarrollo de sus potencialidades. / Los tipos de maltrato son: 1) **Físico**: consiste en toda acción caracterizada por el uso de la violencia física, de manera intencional, que cause daño leve o grave. Se caracteriza por acciones que van desde el empujón o pellizco hasta lesiones que llevan a la muerte. Sus consecuencias pueden ser leves o graves desde el punto de vista físico (hematomas, fracturas, aborto, lesiones internas, conmoción cerebral y muerte), pero siempre son psicológicamente traumáticas; 2) **Emocional o psicológico**: cualquier acción u omisión que provoque daño psíquico o emocional, que afecte la autoestima de una persona, o que la limite para contar con el apoyo de los demás. Incluye una extensa gama de conductas que tienen la característica común de provocar daño psicológico: insultos, gritos, críticas, amenazas, acusaciones, intimidaciones, indiferencia frente a sus estados afectivos, burlas, desvalorización, ponerle sobrenombres despectivos, entre otras; 3) **Sexual**: toda acción en que una persona es obligada, inducida bajo constreñimiento o presionada a realizar prácticas sexuales con o sin penetración, no deseadas. Incluye obligar a la persona a la realización de prácticas sexuales no deseadas, hostigarla sexualmente, denigrarla sexualmente, criticar su forma de tener relaciones sexuales, tratarla como a un objeto sexual e introducir objetos en sus órganos sexuales. También se contemplan las acciones mediante las cuales la persona es inducida u obligada a prácticas sexuales como medio para la consecución de recursos económicos; 4) **Social**: comportamientos que tienen como efecto el debilitamiento o la ruptura de los vínculos psicosociales de apoyo y sostén de la persona. Implica descalificarla o desautorizarla frente a otras personas, criticar a su familia o a personas a las cuales quiere, aislarla socialmente impidiéndole contacto con familiares, amigas y amigos, descalificarla o ignorarla en público, no dejarla trabajar, estudiar o participar en actividades comunitarias, entre otras; y 5) **Económico**: acciones dirigidas a utilizar los medios económicos como manera de coartar el desarrollo personal de la persona o a situaciones en las que ésta es explotada para la consecución de recursos económicos. Las modalidades más habituales son excluir a la persona de la toma de decisiones financieras, controlar sus gastos, no darle suficiente dinero, ocultarle información acerca de sus ingresos, negarle recursos para sus consultas de salud o medicamentos, entre otros. Otro

tipo de maltrato es el **intrafamiliar**, definido como todas las acciones que ocasionan daño, humillación o sufrimiento a otros (as) integrantes, ejercidas por algún miembro de la familia, generalmente quien tiene más poder. / Los efectos psicológicos del maltrato son devastadores y afectan numerosos aspectos de la vida de una persona, comenzando por su autoestima. La persona aprende a ser insegura y a minusvalorarse; se siente incapaz y torpe. Le cuesta mucho encontrar y aceptar sus cualidades y fortalezas, y en cambio, se ensaña consigo misma por sus defectos, que ve como numerosos e inmodificables. Otra de las áreas afectadas es la de las relaciones interpersonales, puesto que el maltrato conduce a un aislamiento casi completo, que crea y mantiene barreras muy difíciles de traspasar, obstaculizando así la apertura y comunicación con otros. El hecho de estar permanentemente expuesta al maltrato genera en la persona sentimientos complejos y profundos, empezando por el estrés y el miedo (que ocupan un espacio inmenso en su realidad), pasando por la culpa y la vergüenza, hasta llegar a la ira, el enojo, el resentimiento, la frustración y el dolor. Por consiguiente el manejo de las emociones constituye también un área sumamente afectada en la mujer violentada. Algunas de estas emociones resultan muy difíciles de controlar, otras de aceptar, de manifestar, o simplemente de asumir como propias, lo que va aumentando la sensación de impotencia, frustración y rabia del individuo no sólo contra sí mismo, sino también contra los demás. Esta sensación de impotencia, además de la percepción de inferioridad y la indefensión aprendida, dificultan la capacidad de la persona para ejercer su autonomía, asumir su responsabilidad, y su poder para tomar decisiones. Las secuelas psicológicas del maltrato se presentan como cuadros de estrés permanente, alteraciones del sueño y la alimentación, disfunción sexual, estrés postraumático, depresión, baja autoestima, angustia, aislamiento, y consecuencias fatales como el suicidio y el homicidio. Las consecuencias físicas del maltrato aumentan los riesgos de que los niveles de salud de la persona disminuyan de manera significativa, pues la hacen más vulnerable a las enfermedades. Esto se debe en parte a la inmunidad reducida, debido a los altos niveles de estrés que provoca el maltrato; además éste es responsable por el descuido y la proclividad de la persona a adoptar comportamientos poco saludables (fumar, beber, etc.). Igualmente, muchos incidentes de agresión dan lugar a lesiones que van desde fracturas simples hasta discapacidades crónicas. Entre los resultados no fatales se encuentran el dolor de cabeza crónico, abdominal, muscular, pélvico crónico, colitis y gastritis nerviosa, palpitaciones excesivas, dolores de pecho, mareos, entre otros. Además de lo anterior, los estudios muestran que las personas maltratadas son más propensas a utilizar el sistema médico, acudir a salas de urgencias, tomar drogas bajo receta, presentar problemas de alcoholismo y farmacodependencia, intentos de suicidio, y requerir tratamiento psiquiátrico que las que no viven bajo esta condición. Finalmente, el maltrato trae consigo un impacto social, que se evidencia principalmente en los costos agregados de atención en salud, acciones legales y servicios jurídicos; también implican costos a nivel de programas de tratamiento para las personas maltratadoras, y los costos de los servicios sociales. En otro nivel, se encuentran los efectos del maltrato sobre la productividad y el empleo o el estudio (menor aporte de la persona maltratada a la sociedad; prohibición de trabajar, que conduce a la pérdida del potencial del individuo de percibir remuneración). / **Maltrato infantil**: cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos

los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo. Existen diferentes tipos de maltrato infantil: 1) **Maltrato físico**: acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada; 2) **Abandono físico**: situación en que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, educación, vigilancia), no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con él; 3) **Abuso sexual**: cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o ser tocado) para considerar que existe abuso, sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual. Se incluyen aquí el incesto, la violación, la vejación sexual (tocar / manosear a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un niño que toque de manera inapropiada al adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño, pornografía); 4) **Maltrato emocional**: conductas del padre y/o la madre o cuidadores tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento, atemorización que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño; 5) **Abandono emocional**: situación en la que el niño no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los padres/madres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa) o a sus intentos de aproximación o interacción; y 6) **Maltrato institucional**: cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia. / **Ciclo de la violencia** (en la pareja): 1) Fase de la acumulación de la tensión: se produce una sucesión de pequeños episodios que lleva a roces permanentes entre los miembros de la pareja, con un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad; 2) Fase de episodio agudo: se caracteriza porque la tensión que se había venido acumulando da lugar a una explosión de violencia, que puede variar en gravedad, desde un empujón hasta el homicidio; y 3) Fase de luna de miel: se produce el arrepentimiento, a veces instantáneo, por parte del maltratador, sobreviviendo un período de disculpas y la promesa que nunca más volverá a ocurrir. Al tiempo vuelven a recompensar los episodios de acumulación de tensión, y a cumplirse nuevamente el ciclo.

Manía. Enfermedad del estado de ánimo caracterizada por una hiperactividad psíquica y un fondo de alegría, de euforia y actividad frenética, que no tienen motivación real alguna.

Manierismo. Movimiento parásito que aumenta la expresividad de los gestos y la mímica.

Manipulación. (Psicoan.) Este concepto se utiliza en dos sentidos: como herramienta técnica y como instrumento terapéutico. Como instrumento terapéutico se considera como una maniobra que, en cierto sentido, trampea con el paciente, ya que intenta, por medio de cambios

M

artificiales en el encuadre, soslayar las resistencias en lugar de enfrentarlas.

Manifiesto. El contenido manifiesto del sueño se da en cuanto el sujeto recuerda y/o relata conscientemente de un sueño, una fantasía o de sus pensamientos y emociones. / V. *Sueño*.

Marco teórico. En metodología de la investigación, es el tercer paso del proceso de investigación. Se integra con las teorías, enfoques teóricos, estudios y antecedentes en general que se refieran al problema de investigación. Para elaborarlo, es necesario detectar, obtener y consultar la literatura y otros documentos pertinentes para el problema de investigación, así como extraer y recopilar de ellos la información de interés.

Marihuana. Denominación popular del extracto de una parte del cannabis, produce euforia y sensación de flotación.

Masoquismo sexual. Parafilia caracterizada por la presencia, durante un período de al menos seis meses, de fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. / (Psicoan.) A la luz del instinto de muerte, se plantea una agresión destructiva que proviene del interior de la persona misma, es decir, se toma en consideración un **masoquismo primario**. Freud describe tres tipos de masoquismos entrelazados: 1) **Masoquismo erógeno**, cuyos fundamentos biológicos constituyen también la base de los otros dos; 2) **Masoquismo femenino**, en el que aparecen las fantasías de ser golpeado, humillado, sometido, y que, en últimas, implica el ser tratado como un niño castrado. Aunque este tipo de masoquismo es estudiado por Freud más en hombres que en mujer, se encuentra frecuentemente también en éstas; y 3) **Masoquismo moral**, relacionado con el sentimiento de culpa inconsciente. Si el ser humano hace algo que siente censurable, sufrirá remordimientos conscientes y culpa inconsciente, que lo empujan a ser castigado, a expiar, o a destruirse. Cabe señalar que el masoquismo no se relaciona tan sólo con la vida sexual o con las perversiones, sino que también y muy notoriamente, se liga a rasgos de carácter, excentricidades y formas de comportamiento.

Masturbación. Autoexcitación de las zonas erógenas, hasta el clímax. Es muy frecuente entre los adolescentes y con mayor prevalencia en los hombres que en la mujeres, aunque éstas fantasean más. Es considerada como una conducta normal y esperable a esta edad, pues cumple funciones como alivio de la tensión sexual, mejora de la autoconfianza en el desempeño sexual y mayor dominio del impulso sexual. Las fantasías sexuales sustituyen la experiencia sexual real e inaccesible, sirven de ensayo para futuras experiencias y realzan el placer de la actividad sexual.

Mecanismos de defensa. (Psicoan.) También denominados mecanismos de adaptación, son procedimientos inconscientes intra e interpsíquicos, de los cuales se vale el yo para: 1) Disminuir las tendencias opuestas de diferentes agencias de la personalidad; 2) Manejar la ansiedad resultante del conflicto intrapsíquico y sus repercusiones en relación con los demás; 3) Disminuir las frustraciones; 4) Preservar las autoestima; y 5) Adaptarse a la realidad, e incluso modificarla y hacerla más tolerable. Los patrones de modificación pueden ser autoplásicos, cuando mediante ellos se intenta hacer un cambio en el yo. Pueden ser también aloplásicos, cuando a través de ellos se intenta corregir el mundo circundante. /

Los mecanismos de defensa actúan en forma inconsciente y automática para intentar resolver problemas emocionales; es decir, la persona no se da cuenta que los emplea, y si es parcialmente consciente de que lo hace, intelectualiza y niega esta situación en forma tal que no puede cambiar sus comportamientos aun cuando reconozca algo de ellos racionalmente. / La defensa, como lo señala Van der Leeuw, se conceptualiza en sucesión como: una función, anticatexias (contracargas), un mecanismo, una organización defensiva, y en su relación con la adaptación y el desarrollo. / Se clasifican así: **represión**, **proyección**, **identificación proyectiva**, **racionalización**, **compensación**, **formación reactiva**, **sublimación**, **conversión**, **disociación**, **evitación**, **simbolización**, **desplazamiento**, **negación**, **condensación**, **identificación**, **idealización**, **fijación**, **regresión**, **fantasía y transferencia**. / Para Anna Freud, las soluciones defensivas adolescentes se clasifican en: 1) Defensas contra los anhelos de dependencia y 2) Defensas contra el aumento de impulsos. En la primera, se puede tratar de resolver la dependencia, con intentos de evitar la adolescencia y de permanecer en el rol de niño o, a la inversa, mediante la fuga y el rechazo a los padres que a menudo son reemplazados por figuras sustitutivas, con quienes se establecen relaciones muy intensas y a las que se escoge precisamente por sus diferencias aparentes con los padres. Se sobrevalora al grupo de pares y al extraño, y se subvalora a los padres y adultos significativos del grupo familiar. Los dos mecanismos de defensa que Anna Freud considera más característicos de la adolescencia son el **ascetismo** y la **intelectualización**.

Medicamento agonista. Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente, que actúa sobre un receptor y es capaz de producir el efecto máximo que puede alcanzarse estimulando dicho receptor. Un agonista parcial sólo es capaz de producir menos del efecto máximo, aunque se administre en concentración suficiente para fijarse a todos los receptores disponibles.

Medicamento agonista/antagonista. Sustancia química extrínseca a sustancias producidas endógenamente que actúa sobre una familia de receptores (como los receptores de los opiáceos), de manera que es un agonista o agonista parcial respecto de un tipo de receptor y antagonista respecto de otro.

Medicamento antagonista. Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente que ocupa un receptor, no produce efectos fisiológicos e impide que factores químicos endógenos y exógenos produzcan algún efecto en dicho receptor.

Medición. Medir es el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, mediante clasificación y/o cuantificación. En toda investigación medimos las variables contenidas en la hipótesis. Un instrumento de medición debe cubrir dos requisitos: confiabilidad y validez.

Meditación. Proceso mental a través del cual el sujeto alcanza su yo más profundo.

Médula espinal. Constituye, junto al encéfalo, el SNC. También es llamada cordón espinal. Se encuentra alojada en el canal raquídeo, protegida por las vértebras. Es el fragmento de SNC que menos se desarrolla, y el que más se parece al tubo neural. La médula es una estructura cilíndrica, ligeramente achatada de adelante a atrás, es decir, su diámetro anteroposterior es un poco menor que su diámetro transversal. En el adulto la médula termina a la altura de la primera vértebra lumbar. En el embrión ocupa la totalidad del conducto raquídeo, pero a medida que el niño crece la columna lo

hace más rápido que la médula. Como cualquier otro segmento del SNC, está compuesto por sustancia blanca y sustancia gris. La sustancia gris se divide en astas, dos anteriores, que son motoras, y dos posteriores, que son sensitivas.

Megalomanía. Sentimiento de potencia y superioridad que no tiene fundamentos reales.

Melancolía. (Psicoan.) Afecto en el que se produce una invasión del Superyo al yo. El Superyo reprocha al yo identificado con el objeto perdido interna o externamente, o mejor, siempre interna o externamente. El yo acepta las ideas obsesivas por su identificación. En la melancolía, la pérdida es predominantemente interna; el dolor es principalmente por el yo; el trabajo de elaboración es caso totalmente inconsciente e irrumpe como depresión o la negación de ésta, es decir, la manía; la relación con el objeto es sumamente ambivalente y los auto-reproches del melancólico, paradójicamente expresados con orgullo, van dirigidos, en realidad, contra el objeto abandonador, con el cual el yo se ha identificado masivamente, conforme a patrones canibalísticos.

Mellizos dicigóticos. Mellizos concebidos por la unión de dos óvulos diferentes con dos espermatozoides diferentes, en un período de tiempo muy corto. También son llamados mellizos fraternales.

Mellizos monocigóticos. Resultan de la división de un mismo óvulo después de la fertilización; por ello, tienen la misma herencia genética. Son también llamados mellizos idénticos.

Memoria. Capacidad que tienen los organismos vivos de mantener una respuesta a un estímulo sensorial después de que éste ha cesado. En el ser humano, se entiende como la capacidad de adquirir, retener, evocar y utilizar las experiencias, informaciones y conocimientos. Conviene no perder de vista que la memoria no es la repetición exacta de una imagen, sino la puesta en juego de un proceso de categorización. Una memoria dada depende de del contexto presente y de la experiencia pasada de un organismo, y cada recuerdo es una recategorización. / De acuerdo con la teoría del procesamiento de la información, la memoria es como un sistema de archivos. Opera a través de tres pasos básicos: codificación, almacenamiento y recuperación. Después de percibir algo, es necesario archivarlo. Así, el primer paso consiste en codificar o clasificar la información. Segundo, se debe guardar el material de manera que se quede en la memoria. Tercero, es necesario que la persona sea capaz de recuperar la información, sacarla de donde está guardada. El olvido se origina por un problema en alguno de los tres pasos. / Existen varias formas de clasificar la memoria. Una de las más sencillas, y más tradicionales, se basa en el tiempo transcurrido entre el hecho y su evocación: se habla entonces de **memoria reciente** o **a corto plazo**, que almacena la información por aproximadamente veinte segundos e involucra hechos almacenados por horas o días; es más lábil que la memoria antigua y tiene la función esencial de permitir un mantenimiento limitado, temporal y relativamente pasivo de la información, antes del eventual paso de ésta a la memoria a largo plazo; y la **memoria antigua** o **a largo plazo**, que almacena la información por un tiempo más largo, y está constituida por los recuerdos de hechos ocurridos meses o años antes del presente. Algunos autores proponen otro tipo de memoria que hace parte de este grupo: la **memoria visual** o **icónica**, que es la capacidad de registrar imágenes visuales, y que permite dar sentido a todo lo que se ve. Se habla también de **memoria inmediata**, cuya duración es de apenas unos segundos, y de **memoria operativa**, que implica el almacenamiento temporal de información du-

M

rante un lapso de segundos o minutos, mientras el individuo está trabajando sobre ese mismo tema. Otra clasificación (Squire, 1987) plantea la existencia de una **memoria procedimental**, que ocurre a un nivel no consciente, se encarga del aprendizaje de habilidades motoras, no es accesible a la conciencia y engendra estrategias sólidas que son susceptibles de modificación y complejización, y una **memoria declarativa**, que está configurada por todo aquello que se puede expresar verbalmente; es menos resistente que la memoria procedimental y requiere la utilización consciente de procesos de codificación y evocación. Esta última, a su vez, consiste, según Tulving (1972) en una **memoria episódica**, que hace alusión a los eventos y actos de la vida, adquiridos de una manera no verbal; permite evocar eventos o episodios específicos, y una **memoria semántica**, verbal, que es la utilizada para almacenar buena parte de los conocimientos académicos, palabras y conceptos. Otros autores hablan de una **memoria sensorial**, que registra por periodos muy cortos todo lo que se capta a través de los sentidos. La información almacenada en esta memoria se desvanece rápidamente, a menos que sea transferida a la memoria a corto plazo. Baddeley plantea la existencia de una **memoria de trabajo**, que constituye una memoria activa, la cual asegura las funciones de mantenimiento, control y organización de las operaciones cognoscitivas en curso. Por su parte Schacter (1993) hace referencia a la **memoria implícita**, inferida a partir de las modificaciones del comportamiento como consecuencia de una experiencia, sin necesidad de conciencia o recuerdo de la situación de aprendizaje, y a la **memoria explícita**, que incluye la memoria episódica y la memoria semántica, y que se hace manifiesta en tareas que requieren una búsqueda activa, deliberada y consciente de los contenidos de la memoria. / **Memoria en la infancia**: para los estudiosos es claro que los infantes tienen memoria, especialmente de los eventos que han sido placenteros. Los infantes organizan y encuentran estructuras en un mundo que de otra manera parecería caótico y desordenado. Parte de esta estructuración del mundo involucra al contexto en el cual un bebé aprende algo. Esta habilidad para organizar el mundo está estrechamente relacionada con el desarrollo de la inteligencia. / **Procesos de memoria**: según el enfoque de procesamiento de la información, todo recuerdo es el producto de un estímulo sensorial que pasa por el proceso de consolidación o almacenamiento. Una vez guardado en la memoria a corto plazo puede o no pasar a ser parte de la memoria a largo plazo, dependiendo de la atención prestada al hecho, la motivación del sujeto, la intensidad de la respuesta al estímulo, la relevancia, la presencia de reforzamiento o de interferencias, y de otros, muchos de ellos diferentes en cada individuo. El paso final del proceso de memoria es la evocación. / Tanto el recuerdo como el olvido son funciones adaptativas del sistema nervioso. Las ventajas de olvidar pueden no parecer obvias. El olvido le permite a la persona adoptar nuevos patrones de comportamiento, y desechar los viejos; el olvido ayuda a localizar en el recuerdo los hechos, gracias a la tendencia de los más antiguos a desvanecerse en el pasado; así se elabora en cualquier momento la cronología de la vida o se calcula el tiempo transcurrido desde un evento determinado. Finalmente, el olvido selectivo puede brindar alivio de las angustias producidas por vivencias dolorosas o desagradables. Es probable que, como dicen las teorías activas del olvido, el proceso de olvidar sea algo más que la simple pérdida paulatina de la nitidez de los recuerdos, o el reemplazo de unos hechos del pasado remoto por otros más recientes en una supuesta memoria de capacidad limitada, que debe abrirle así espacio a la

nueva información. / **Memoria social** (**o colectiva**): propuesto por Hawlbacks, este constructo parte de la idea de que la memoria individual no es sólo personal; los recuerdos que constituyen nuestra identidad y proporcionan el contexto para cada pensamiento y acción no sólo son nuestros, sino que también los aprendemos, tomamos y heredamos en parte de unas reservas comunes, construidas, sostenidas y transmitidas por las familias, las comunidades y las culturas a las que pertenecemos. Los individuos "recuerdan" muchas cosas que no han experimentado directamente y, en ese sentido, su "recuerdo" depende directamente de la reconstrucción que del pasado haya hecho el grupo social (o los grupos sociales) en el que (o en los que) se inscribe el individuo. La memoria social no es ni inmutable ni cárcel de larga duración. Es, básicamente, un proceso de negociación constante y mediatizado entre el individuo y el/los colectivo/s a el/los que pertenece o en el/los que se inscribe. / **Trastornos de la memoria**: las alteraciones de la memoria son las amnesias (himperimnseia, hipoamnesia, amnesia anterógrada, amnesia retrógrada, amnesia retroanterógrada, amnesia transitoria, paramnesias). Las alteraciones más comunes de la memoria son las amnesias.

Menarquia. Aparición de la primera menstruación.

Meninges. Son las tres capas que recubren tanto al encéfalo como a la médula. La meningitis es una enfermedad debida a la infección de estas membranas. Por su contigüidad al cerebro, las secuelas de meningitis son frecuentes y severas (retraso mental, epilepsia, parálisis cerebral, etc.).

Menopausia. Años durante los que el cuerpo de la mujer experimenta ciertos reajustes que conllevan al fin de los ciclos menstruales y que, por lo general, se presenta entre los 45 y 55 años causando gran cantidad de cambios que varían entre las mujeres. En algunas, el proceso es rápido y va acompañado de ligeros trastornos. En otras, sin embargo, el climaterio -como también suele llamarse- dura tres o cuatro años creando pequeñas dificultades. También se habla de menopausia cuando se realiza la remoción del útero y los ovarios a través de la histerectomía. La menopausia es un período de cambios en la mujer. La desaparición de la menstruación, la resequedad vaginal y los *calores* son los signos que se han asociado de forma clara a este proceso. El cese de la menstruación es el único signo común a todas. Nueve de cada diez mujeres que atraviesan la menopausia experimentan *calore*s. En muchas, estos pueden comenzar antes de la última menstruación. Según algunos expertos, también se relacionan con la contracción y dilatación de los vasos sanguíneos. La deficiencia de estrógenos juega un papel importante. Mientras la menopausia se establece, los ovarios bajan la producción de estrógenos. La glándula pituitaria no reconoce que esto ha sucedido y trabaja para estimular los ovarios. Todas estas acciones químicas dentro del cuerpo hacen que la temperatura interna fluctúe y produzca calor. Algunas mujeres experimentan señales de advertencia que indican que los *calores* están a punto de suceder. Sienten como borbotones a punto de reventar, pudiendo experimentar calidez en la cara, el cuello y el pecho. La piel puede llegar a enrojecer. En algunos casos hay transpiración y las que padecen *calores* severos pueden transpirar intensamente. Los sofocos no son peligrosos, sólo muy incómodos y por lo general duran unos pocos minutos, aunque en casos críticos pueden durar hasta una hora. Si molestan demasiado, el médico puede ayudar con terapia de reemplazo de hormonas. La angustia de la menopausia puede tratarse sin riesgo a través de esta práctica. En particular, las hormonas

pueden disminuir estos sofocos y la sequedad vaginal además de prevenir la osteoporosis.

Menstruación. Hemorragia cíclica que se produce en la mujer sexualmente madura.

Mescalina. Alcaloide derivado del cactus peyoti o peyote, capaz de producir trastornos tóxicos importantes, en especial de tipo alucinatorio.

Metabolismo. Cambios fisiológicos entre el organismo vivo y el medio exterior. / Conjunto de transformaciones físicas, químicas y biológicas que en los organismos vivos experimentan las sustancias introducidas o las que en ellos se forman.

Metacomunicación. Conocimiento de los procesos de comunicación, que se desarrolla durante la niñez media.

M

Metamemoria. Entendimiento del funcionamiento de la memoria.

Metamorfopsia. Distorsión perceptiva consistente en alteraciones en la percepción del tamaño y/o la forma de los objetos.

Metapsicología. Construcción teórica, hipotética, referida a que para poder entender un fenómeno psíquico (en realidad, cualquier fenómeno vital) es necesario enfocarlo desde, por lo menos, tres puntos de vista o abordajes. La metapsicología constituye la abstracción más depurada de la teoría psicoanalítica, pero al mismo tiempo está estrechamente ligada a la clínica y a las herramientas de ésta. Los tres puntos de vista son: 1) Dinámico: implica la noción de irritabilidad y respuesta a estímulo; la de intercambio constante de fuerzas, pensamientos encontrados y en pugna, en términos de carga y descarga; 2) Económico: está ligado al dinámico y se refiere al *quantum*, a las magnitudes relativas de las fuerzas encontradas en el conflicto, al principio del displacer-placer (a mayor carga, mayor tensión); y 3) Topográfico: estudia el aparato psíquico a través de una dimensión espacial virtual. Se consideran en él tres estratos o espacios ideales: lo consciente, lo preconsciente y lo inconsciente.

Método. Es el camino a seguir mediante una serie de operaciones, reglas y procedimientos fijados de antemano de manera voluntaria y reflexiva, para alcanzar un determinado fin que puede ser material o conceptual. / **Método biográfico**: se caracteriza por explorar mediante narraciones el desarrollo, los episodios y el transcurrir de la vida de una persona o de los miembros de un grupo o comunidad, reflejando no sólo efemérides sino la cotidianidad, los sentimientos, las creencias y las relaciones entretejidas entre lo individual y lo sociocultural. Es un método centrado en el discurso de carácter narrativo y de orden cualitativo. Entre las técnicas más conocidas se encuentran la historia de vida, el relato de vida o entrevista biográfica, la autobiografía, los diarios y el cuestionario vivencial. / **Método científico**: conjunto de pasos reglados que utiliza la ciencia para la ampliación de sus conocimientos. León y Montero distinguen tres variantes: 1) Deductivo: consiste en partir de una ley general para, mediante la lógica, extraer implicaciones que puedan ser contrastadas en la realidad; 2) Hipotético-deductivo: el investigador utiliza, en los distintos momentos del proceso de investigación, tanto la inducción como la deducción; y 3) Inductivo: el investigador parte de la información recogida mediante sucesivas observaciones para, mediante la generalización, establecer una ley de ámbito lo más universal posible. Los pasos del método científico son: formular correctamente el problema y descomponerlo; proponer una tentativa de explicación verosímil y contrastable con la experiencia; derivar consecuencias de esas suposiciones; elegir los ins-

trumentos metodológicos para realizar la investigación; someter a prueba los instrumentos elegidos; obtener los datos que se buscan mediante la contrastación empírica; analizar e interpretar los datos recogidos; y estimar la validez de los resultados obtenidos y determinar su ámbito de validez: hacer inferencias a partir de lo que ha sido observado o experimentado. / **Método correlacional**: su objetivo es poner a prueba una correlación, entendida ésta como una afirmación que indica que entre dos o más variables hay una cierta asociación estadística. / **Métodos cualitativos** (o **metodología cualitativa**): aunque no hay una definición concreta, es claro que este tipo de metodología tiene las siguientes características básicas: 1) Su objeto de estudio: es la vida diaria, con su complejidad e incertidumbre, y que ocurre en contextos que son naturales, es decir, tomados tal y como se encuentran, más que reconstruidos o modificados por el investigador, en los que los seres humanos se implican e interesan, evalúan y experimentan directamente. Ese ambiente natural, más que un escenario o telón de fondo, es un producto directo y cambiante de la interacción social; 2) Su propósito: estudiar la naturaleza profunda de las realidades socio-culturales, sus estructuras dinámicas, lo que da razón de los humanos comportamientos y manifestaciones, buscando la comprensión holística, de una totalidad social dada; pretende, pues, comprender las complejas relaciones entre todo lo que existe. Esta comprensión se desarrolla de manera gradual, a partir del estudio de los grupos concretos que existen en la sociedad, partiendo del mundo de la vida de los propios actores, y desde allí, generando y perfeccionando esquemas, constructos y desarrollos teóricos cada vez más amplios que progresivamente irán dando cuenta de la complejidad de la sociedad como un todo; y 3) La naturaleza de sus procedimientos: se extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video cassettes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos; produce datos descriptivos, a partir de las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable; le interesa más lo real, que lo abstracto; lo global y concreto, más que lo disgregado y cuantificado; el proceso es fundamentalmente inductivo, en el sentido de que va de los datos a la teorización, por medio de técnicas de codificación y categorización, empleando la lógica inclusiva, formal o dialéctica; el investigador cumple a la vez los roles de observador y participante; el proceso es abierto y flexible, porque se mueve en la ambigüedad, en la incertidumbre; e implica comprensión mediante la experiencia, la interpretación como método prevaleciente, el trato holístico de los fenómenos, la construcción de conocimientos. / **Método experimental**: procedimiento rigurosamente controlado en el cual el investigador manipula variables con el objeto de conocer cómo unas influyen o afectan a otras (v. *Experimento*). Se manejan siempre una variable independiente, que es aquella sobre la cual el investigador tiene control directo, y una variable dependiente, que es algo que puede o no cambiar como resultado de los cambios en la variable independiente; en otras palabras, depende de la variable independiente. En un experimento, el investigador manipula la variable independiente para ver cómo los cambios en ésta afectarán la variable dependiente. En la conducción de un experimento, se necesitan dos grupos de sujetos: el grupo experimental y el grupo control. El grupo experimental está compuesto por sujetos que serán expuestos a la manipulación experimental o "tratamiento". Posterior a la exposición del grupo experimental al "tratamiento", se mide una o varias veces el efecto de éste sobre la variable dependiente. El

grupo control está compuesto por sujetos similares a los que conforman el grupo experimental, pero que no reciben el "tratamiento" cuyos efectos desean ser medidos. Así, los resultados de la investigación muestran una relación de causa-efecto entre las dos variables. Para llevar a cabo una investigación de este tipo, debe asegurarse que la muestra (grupo de sujetos escogidos para el experimento) es representativa de toda la población bajo estudio (esto es, de todos los miembros del grupo sobre el cual se quiere generalizar). Sólo si la muestra es representativa del grupo que se quiere estudiar, se pueden generalizar los resultados del experimento a la población total. La representatividad se puede asegurar a través del muestreo aleatorio, en el cual cada miembro de la población tiene posibilidades iguales e independientes de ser elegido. Después de haber escogido aleatoriamente a los sujetos, éstos son asignados a los grupos experimental y de control. Si la muestra es lo suficientemente grande, factores como edad, sexo, raza, CI y estatus socioeconómico se encontrarán distribuidos uniformemente de manera que los grupos serán similares en todos los aspectos, a excepción de la variable independiente, que es la que va a ser examinada. Así, el muestreo aleatorio evita que otras variables afecten los resultados; éstos únicamente reflejarán el impacto de la variable independiente, y no de otros factores. / El diseño de un método experimental procede de la siguiente manera: se construye la pregunta de investigación; se revisa la literatura que existe sobre el tema; se elabora la hipótesis; se especifica la definición operacional de aquello que se va a investigar; se especifican las variables dependiente e independiente; se identifica la población que se va a estudiar; se escoge una muestra poblacional; se asignan aleatoriamente los sujetos de la muestra al grupo experimental o al grupo control; se expone al grupo experimental a la variable independiente (el grupo control no recibe ningún "tratamiento"); se aplican pruebas o tests para evaluar o conocer el efecto de la variable independiente; se determinan los resultados, calculando los puntajes de las pruebas o tests, y llevando a cabo un análisis estadístico; se analizan los hallazgos; y se sacan las conclusiones.

Micropsia. Percepción visual de que los objetos son menores de lo que realmente son (V. *Lóbulo temporal*).

Microsistema. Es el contexto mas reducido y se refiere a las relaciones cara a cara que constituyen la red vincular más próxima a la persona. Dentro de esa red juega un papel privilegiado la familia, entendida como estructura básica del microsistema. Las dimensiones integrales del microsistema son: 1) Dimensión cognitiva: comprende las estructuras y esquemas de conocimiento, y las formas de percibir y conceptuar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona; 2) Dimensión conductual: abarca el repertorio de comportamientos a través de los cuales una persona se relaciona con el mundo; 3) Dimensión psicodinámica: se refiere a la dinámica, en sus distintos niveles de profundidad (desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente); y 4) Dimensión inter-racial: alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal.

Miedo. Reacción normal ante un objeto o situación que representa un peligro real o percibido. Las reacciones de miedo incluyen sentimientos subjetivos de temor y nerviosismo, evitación del estímulo temido, y actividad fisiológica como un incremento en la frecuencia cardíaca y respiratoria. Es una emoción inevitable y esencial que aumenta la energía en momentos de peligro y genera acciones de precaución y prudencia.

Mitomanía. Rasgo de mentiras patológicas, generalmente asociado en la adultez a un trastorno de personalidad.

Mobbing. V. *Acoso moral.*

Modelamiento. Aprendizaje por medio de la imitación. / Cambio comportamental que resulta de la observación de otra persona. A través del modelamiento la persona puede adquirir patrones de respuesta simplemente a través de la observación de la ejecución de modelos apropiados. El modelamiento será más efectivo cuando el modelo (es decir, la persona a imitar) aparezca como muy cualificada y con experiencia, tenga un estatus importante, controle las recompensas que desea la persona, sea del mismo sexo, tenga una edad similar y pertenezca a la misma clase social, sea simpático y amable y si recibe recompensas por lo que hace. El modelamiento será mucho más efectivo cuando la situación presente las conductas a imitar con claridad y con precisión, gradualmente de menor a mayor dificultad, con las suficientes repeticiones que permitan su sobreaprendizaje, con la menor cantidad posible de detalles innecesarios y empleando diferentes modelos en lugar de uno solo. / Las respuestas emocionales pueden ser condicionadas observacionalmente presenciando las reacciones afectivas de otras personas bajo situaciones y experiencias desagradables o placenteras. Igualmente, la expresión de respuestas bien aprendidas puede ser intensificada y socialmente regulada mediante las acciones de modelos influyentes. Así, el modelamiento implica el aprendizaje a través de la observación de otros y los cambios "imitativos" en el comportamiento de una persona que pueden ocurrir como resultado de la observación de las actividades. / **Modelamiento en vivo**: implica la demostración real o en vivo del comportamiento de aproximación gradual por parte del modelo hacia la situación temida. / V. *Terapia de modelamiento*.

Modelo. V. *Modelamiento.*

Moldeamiento. Procedimiento a través del cual a una persona se le enseña un comportamiento que se desea que ejecute a través de pasos sucesivos y en los que cada paso se aproxima gradualmente al comportamiento deseado (V. *Refuerzo*).

Moral. Conjunto de prescripciones y de normas culturales a través de las cuales se expresa la ética, cuyo cumplimiento se exhorta a seguir en una época y en una sociedad o cultura determinadas. Concierne a los modos de hacer y de comportarse. V. *Conciencia moral*. / **Moral autónoma** (Psi. cogn.): también denominada moral de cooperación. Es la segunda etapa del desarrollo moral propuesto por Piaget, quien plantea que los valores morales se desarrollan en un proceso racional que coincide con el crecimiento cognitivo. Esta etapa coincide con la etapa de las operaciones concretas del desarrollo del pensamiento. Se caracteriza por la flexibilidad. A medida que los niños maduran e interactúan más con otros (niños y adultos), piensan menos egocéntricamente. Amplían sus puntos de vista, muchos de los cuales pueden contradecir lo que han aprendido en su casa. Están en el camino hacia la formulación de sus propios códigos morales. / Existen para Piaget seis aspectos de la moral, planteados en esta etapa así: 1) Punto de vista: los niños se pueden poner en el lugar de los otros; no son absolutistas en sus juicios y ven que es posible que exista más de un punto de vista; 2) Intencionalidad: juzgan las acciones por sus intenciones, no por sus consecuencias; 3) Reglas: reconocen que las reglas son hechas y pueden ser modificadas por las personas. Se consideran capaces de cambiar las reglas como cualquier otra persona; 4) Respeto por la autoridad: el respeto mutuo por la autoridad y por sus pares les permite valorar sus propias opiniones y habilidades, y juzgar a las otras personas de manera realista; 5) Castigo:

M

favorecen el castigo proporcional a la falta, que compensa a la víctima, y que permite al culpable reconocer por qué su acción es incorrecta, conduciendo así a enmendar su equivocación; y 6) "Justicia inmanente": no se confunde la desgracia natural con el castigo. / **Moral convencional** (Psi. cogn.): es el segundo nivel del razonamiento moral planteado por Kohlberg, que se desarrolla entre los diez y los trece años de edad. Para él, el razonamiento moral está relacionado con el desarrollo cognitivo. Afirma que muchas personas llegan a los juicios morales de manera independiente, más que simplemente internalizando los estándares y patrones de otros. En este nivel, los niños han internalizado los estándares de las figuras de autoridad. Obedecen las reglas para complacer a los otros, o para mantener el orden. Quieren ser considerados "buenos" por aquellas personas cuyas opiniones son importantes para ellos. Están en capacidad de asumir los roles de las figuras de autoridad lo suficientemente bien para decidir si una acción es buena por su estándares. / **Moral de cooperación**: V. *Moral autónoma*. / **Moral de restricción**: V. *Moral heterónoma*. / **Moral heterónoma** (Psi. cogn.): también denominada moral de restricción. Es la primera etapa del desarrollo moral propuesto por Piaget, quien plantea que los valores morales se desarrollan en un proceso racional que coincide con el crecimiento cognitivo. Esta etapa coincide con la etapa preoperacional del desarrollo del pensamiento. Se caracteriza por juicios rígidos y simplistas. / Existen para Piaget seis aspectos de la moral, planteados en esta etapa así: 1) Punto de vista: los niños ven un acto como totalmente correcto o totalmente incorrecto, y piensan que todos lo ven de igual manera. No se pueden poner en el lugar de otros; 2) Intencionalidad: juzgan los actos en términos de las consecuencias directas e inmediatas, no de la intención que hay detrás; 3) Reglas: obedecen las reglas porque son sagradas e inalterables; 4) Respeto por la autoridad: el respeto unilateral conduce a sentimientos de obligación de conformarse con los patrones "adultos" y obedecer las reglas impuestas por los adultos; 5) Castigo: favorecen el castigo severo; creen que el castigo en sí mismo define lo equivocado de un acto; un acto es malo si elicita un castigo; y 6) "Justicia inmanente": confunden la ley moral con la ley física y creen que cualquier accidente o infortunio físico que ocurre después de una falta o acción incorrecta, es un castigo deseado por Dios o por otra fuerza sobrenatural. / **Moral postconvencional** (Psi. cogn.): es el tercer nivel del razonamiento moral planteado por Kohlberg, que se desarrolla a los 13 años o posteriormente, si es que se desarrolla. En este nivel, la moral es totalmente interna. Las personas reconocen ahora los conflictos entre los estándares morales y escogen entre ellos. Este nivel marca la adquisición la verdadera moral. Por primera vez, la persona reconoce la posibilidad de conflicto entre dos estándares socialmente aceptados, y trata de decidir entre éstos. El control de la conducta es interno, tanto en los estándares observados como en el razonamiento sobre lo que está bien o mal. / **Moral preconvencional** (Psi. cogn.): es el primer nivel del razonamiento moral planteado por Kohlberg, que se desarrolla entre los cuatro y los diez años de edad. Los niños, bajo controles externos, obedecen reglas para obtener recompensas o evitan el castigo.

Morfina. Principal alcaloide extraído del opio; tiene propiedades terapéuticas, sobre todo como analgésico y espasmolítico. Es también una droga.

Morfogénesis. En la teoría cibernética, es el proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante *feedback* positivo. Por ejemplo, los miembros de una familia apoyan activamente la decisión de una hija ado-

M

lescente de viajar un año al extranjero por cuestiones de estudios, cosa que fomenta una postura de mayor independencia mutua.

Mortido. Término acuñado por Federn (1936) para describir una forma de energía que pertenece al instinto de muerte y análoga a la libido.

Motivación. Conjunto de motivos que intervienen en un acto electivo. / Estados y procesos interiores que impulsan, dirigen o sostienen la actividad de un individuo. / Existencia de fuerzas hipotéticas que impulsan y canalizan la conducta. Se deriva de: 1) Factores genéticos como los instintos; 2) La pérdida de la homeóstasis como sucede con el hambre, la sed, la necesidad de respirar, etc.; 3) Las motivaciones adquiridas por medio del aprendizaje (p.e. el miedo, la esperanza); 4) Los sentimientos y emociones que en su mayoría involucran profundas cargas motivacionales; 5) Las opciones éticas, que a veces llevan a conductas heroicas; y 6) El contexto cultural. / La teoría motivacional de Hull plantea que los organismos buscan mantener ciertas condiciones ópticas en relación con el ambiente, y del mantenimiento de tales condiciones depende la supervivencia del individuo. Los organismos actúan para reducir los impulsos, que se basan en necesidades. La motivación energiza la conducta, como puede demostrarse experimentalmente; las necesidades dan origen a impulsos. Además de estos impulsos, basados en necesidades biológicas, existen impulsos secundarios o aprendidos, que se fundamentan en los impulsos primarios. La teoría motivacional de Hull también da importancia a las conexiones de estímulo-respuesta no aprendidas que el organismo posee en el momento de nacer. Esta teoría motivacional se encuentra a nivel molar, no a nivel molecular, pero da gran importancia a factores fisiológicos, como los trazos de memoria que supuestamente serían la base de los circuitos reverberantes y del aprendizaje. / La teoría de Lashley es una de las más acordes con la teoría local de Hull. Según Lashley, la motivación no representa una reacción a estímulos sensoriales simples que procedan de los impulsos periféricos, sino que es el producto final de una integración compleja de factores neuronales y humanos, que contribuyen a la actividad de los mecanismos reguladores centrales. Esta teoría multifactorial da importancia, ante todo, a la regulación central de la motivación. Las fuerzas motivacionales no siempre se relacionan con actos específicos o con mecanismos específicos de respuesta. / En la primera edición de su libro *Psicología fisiológica*, Morgan propuso una "teoría central del impulso", según la cual es preciso considerar al impulso como un estado de actividad nerviosa en un sistema de centros y vías del sistema nervioso central. Cada sistema trata específicamente con una clase de motivación, pero existe considerable superposición entre los sistemas neuronales responsables de cada impulso particular. El estado motivacional central puede ponerse en actividad por medio de estímulos externos o internos y por cambios químicos y hormonales de la sangre. / La teoría de Lorenz y Tinbergen se centra en el concepto de mecanismos innatos de desencadenamiento propuesto por Lorenz. Según esta teoría, cada mecanismo desencadenante reacciona solamente ante determinados estímulos que se denominan *estímulo-llave* o *estímulo-signo*, por analogía como una llave y la cerradura. El estímulo-llave debe obrar durante cierto tiempo para que el animal reaccione, y se presenta el fenómeno de la situación de estímulos; cuando se alcanza cierto valor umbral se desencadena la conducta. Si el nivel de activación interna es bajo, se necesitan muchos estímulos-llave para poner en acción la conducta. Hay una serie de factores que entran en juego, como el tiempo, ciertos factores fisiológicos u hormonales y los efectos estimulantes e inhibitorios de otros sistemas.

Motivo. Un motivo es un estado interior presupuesto de un organismo, con el fin de explicar sus elecciones y su conducta orientada hacia metas. Desde el punto de vista subjetivo, es un deseo o anhelo.

Motricidad fina. Habilidades como abotonarse la camisa, cortar con tijeras, o copiar figuras, que involucran el uso de los músculos pequeños. Se desarrolla en la niñez temprana. Con sus pequeños músculos bajo control, los niños tienen más facilidad para satisfacer sus necesidades personales, lo que les proporciona un sentido de competencia e independencia.

Motricidad gruesa. Habilidades como correr y saltar, que involucran el uso de músculos grandes. Se desarrolla en la niñez temprana. A los tres años, el niño aún no puede girar o detenerse repentina o rápidamente; salta distancias no muy largas; sube las escaleras solo, alternando los pies; y puede brincar usando series de saltos irregulares con algunas variaciones. A los cuatro años, el niño tiene un control más efectivo para detenerse, correr y girar; salta distancias más amplias; baja escaleras largas alternando los pies, si es ayudado; y salta entre cuatro y seis veces en el mismo pie. A los cinco años, el niño "arranca", gira y se detiene efectivamente en los juegos; puede hacer un salto mientras corres; desciende una escalera larga sin ayuda, alternando los pies; y salta fácilmente distancias mucho más amplias.

Movimientos anormales. Así son llamadas las enfermedades o alteraciones del sistema extrapiramidal. Se caracterizan por: se manifiestan por un aumento de la actividad motora; aumentan con el estrés o con las emociones, disminuyen con el reposo y típicamente desaparecen durante el sueño; el paciente suele tener compromiso del tono muscular; y es común la asociación con problemas afectivos. Los tipos más comunes son el temblor (causado por enfermedad de Parkinson, síndrome cerebeloso, temblor senil o temblor esencial), corea, atetosis y discinesias.

Movimientos estereotipados. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo y no funcional (p. e. sacudir o mover las manos, balancear el cuerpo, golpear la cabeza, mordisquear objetos, morderse, pincharse la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).

Movimientos oculares rápidos (**MOR**). Cambios abruptos y espontáneos en la posición de los globos oculares durante el sueño. Estos desplazamientos se producen tanto en la dirección vertical como en la horizontal, y semejan lo que de hecho sucede cuando el individuo contempla un suceso real con los ojos abiertos (V. *Sueño*).

Muerte. Existen tres grandes tendencias o escuelas en relación con la definición de la muerte en el hombre sobre bases neurológicas: aquellas que se refieren a la pérdida de tributos esenciales que identifican la naturaleza humana, aquellas que se refieren a la pérdida de la integración del organismo como un todo y las que tratan de definir la porción del encéfalo que debe cesar de funcionar irreversiblemente para que una persona pueda declararse fallecida. Se discuten estas definiciones de la muerte orientadas hacia las funciones encefálicas y se llega a la conclusión de que la conciencia (considerando sus dos componentes: capacidad y contenido), cuyas bases neurales se ubican en la llamada unidad formación reticular/corteza, es la función que provee los atributos esencialmente humanos y, a la vez, integra el funcionamiento del organismo como un todo. Por tanto, se define la muerte humana como la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia. / **Actitudes frente a la muerte**: en la infancia, la mayoría de los niños peque-

M

ños creen que la muerte es un estado temporal. Sólo hasta los cinco o siete años, suelen entender que la muerte es irreversible. A esa edad pueden también darse cuenta de dos conceptos importantes sobre la muerte: primero, que es universal (todos los seres vivientes mueren), y segundo, que una persona que ha muerto no es funcional (esto es, que todas las funciones finalizan con la muerte). Antes de esta edad, los niños suelen creer que ciertos grupos de personas (como los niños, los profesores o los padres) no mueren; que una persona lo suficientemente inteligente o afortunada puede evitar la muerte, y que ellos mismos pueden vivir eternamente. También suelen creer que una persona fallecida aún puede pensar y sentir. Los conceptos de irreversibilidad, universalidad y cese de funciones usualmente se desarrollan en la etapa en la que los niños pasan del pensamiento preoperacional al de operaciones concretas, lo que indica que este salto cognitivo permite una comprensión más madura de la muerte. Los niños que aún tienen un pensamiento egocéntrico no pueden entender la muerte, pues se encuentra más allá de su experiencia personal. Algunas veces los niños expresan su dolor de maneras que a los adultos les resulta difícil entender: enojo, rechazo a reconocer la muerte, aislamiento, entre otras. Los adolescentes tienden a tener ideas románticas sobre la muerte. Dado que están en una etapa de descubrimiento y expresión de su identidad, se preocupan más por cómo vivirán que por cuánto vivirán. Además, muchos adolescentes aún piensan de manera egocéntrica, y se encuentran en el tope de la **fábula personal** (v. *Adolescencia*), creyendo por ello que pueden tomar cualquier riesgo sin sufrir ningún daño. Los adolescentes terminales enfrentan la muerte de la misma manera contradictoria y confusa como enfrentan la vida. La negación y la represión de las emociones son mecanismos útiles que les permiten lidiar con el golpe a sus expectativas de vida. Hay una tendencia a sentirse enojados más que deprimidos. La mayoría de los adultos jóvenes se encuentra deseosa de vivir la vida para la que se ha venido preparando –habiendo finalizado sus estudios y organizado un hogar-. Cuando contraen una enfermedad grave o sufren un accidente de consecuencias significativas, tienden a volverse más emocionales sobre una muerte inminente. Se sienten extremadamente frustrados dada la incapacidad para lograr sus metas, lo cual conduce a enormes sentimientos de ira y enojo. En la adultez media, la mayoría de las personas reconoce a conciencia y acepta que va a morir algún día. Tras la muerte de sus padres, saben que son ahora la generación más vieja. La cercanía de la muerte da lugar a un ímpetu por hacer grandes cambios en sus vidas. Hacen una evaluación de su matrimonio, su carrera, sus relaciones, sus valores, y de cómo utilizan su tiempo. En la adultez mayor, las personas se encuentran menos ansiosas sobre su muerte que las personas de la etapa anterior. A través de los años, a medida que van perdiendo amigos, familiares y cónyuges, gradualmente reorganizan sus pensamientos y sentimientos para aceptar su propia muerte. Además, los problemas físicos y otras dificultades pueden disminuir el placer de vivir. Aquellos que sienten que su vida ha sido significativa y llena de satisfacciones usualmente aceptan la perspectiva de la muerte con más facilidad (V. *Duelo*). / Existen **tres aspectos de la muerte**: el biológico, el social, y el psicológico. La definición legal de muerte biológica varía, pero en general, es considerada como el cese de los procesos corporales. Puede pronunciarse la muerte biológica de una persona cuando su corazón se detiene por un período significativo o cuando se suspende la actividad eléctrica cerebral. El criterio para determinar si una persona ha muerto se ha hecho más complejo

debido al desarrollo de aparatos médicos que pueden prolongar los signos vitales indefinidamente. Una persona en un coma profundo puede ser mantenida viva durante años aunque haya sufrido un daño cerebral irreversible y nunca pueda recuperar la conciencia. Los **aspectos sociales de la muerte** giran alrededor de los rituales funerarios y de duelo, y los arreglos legales que implica la muerte de una persona (entierro, repartición de la herencia, etc). Los **aspectos psicológicos de la muerte** involucran la manera como las personas se sienten con respecto a la muerte, tanto de la persona que saben va a fallecer (p.e. a causa de una enfermedad terminal), como de sus seres queridos y la suya propia. V. *Duelo*, *Eutanasia* y *Suicidio*.

Muestra. Subgrupo de la población –previamente delimitada-, que puede ser probabilística o no probabilística. El elegir qué tipo de muestra se requiere depende de los objetivos del estudio y del esquema de investigación. Para seleccionar la muestra, lo primero que se tiene que plantear es quiénes van a ser medidos, lo que corresponde a definir la unidad de análisis –personas, organizaciones o periódicos-. Se procede después a delimitar claramente la población con base en los objetivos del estudio y en cuanto a características de contenido, de lugar y en el tiempo (V. *Método experimental*). / **Muestra aleatoria**: medio para garantizar una aplicación más amplia de los resultados. En ésta, se escoge al azar a los sujetos. / **Muestra no probabilística**: puede también llamarse muestra dirigida, pues la elección de sujetos u objetos de estudio depende del criterio del investigador. Puede ser de varias clases: 1) Muestra de sujetos voluntarios: frecuentemente utilizados con diseños experimentales y situaciones de laboratorio; 2) Muestra de expertos: frecuentemente utilizados en estudios exploratorios; 3) Muestra de sujetos tipo o estudio de casos: utilizados en estudios cuantitativos y motivacionales y 4) Muestreo por cuotas: frecuentes en estudios de opinión y mercadotecnia. La muestra dirigida es válida en cuanto a que un determinado diseño de investigación así lo requiere, sin embargo los resultados son generalizables a la muestra en sí o a muestras similares. Igualmente, no son generalizables a una población. / **Muestra probabilística**: es esencial en los diseños de investigación por encuestas donde se pretenden generalizar los resultados a una población. La característica de este tipo de muestra es que todos los elementos de la población tienen al inicio la misma probabilidad de ser elegidos; de esta manera los elementos muestrales tendrán valores muy aproximados a los valores de la población, ya que las mediciones del subconjunto, serán estimaciones muy precisas del conjunto mayor. Esta precisión depende del error de muestreo, llamado también error estándar. / **Muestra representativa**: se selecciona a los sujetos para que reflejen las características generales de la población como un todo.

Muestreo. V. *Método experimental*.

Mutismo. Ausencia permanente del lenguaje expresivo o desaparición temporal o permanente de éste en un sujeto que lo ha adquirido previamente. Puede relacionarse con causas psicológicas y emocionales, funcionales, estructurales o mixtas. Se encuentran casos de mutismo permanente en cuadros de autismo infantil, psicosis regresivas y deficiencia mental profunda / **Mutismo selectivo**: cuadro clínico caracterizado por la incapacidad persistente de la persona para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. e. en el colegio) a pesar de hacerlo en otras situaciones. Aparece entre los tres y los siete años, coincidiendo a veces con la iniciación del niño en la vida escolar. Esta alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social, y no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.



Narcisismo. (Psicoan.) En el marco de la segunda teoría instintiva, Freud postula la existencia de una sola energía, la libido (v. *Instinto*). Parte de esta energía se concentra en el propio yo -libido narcisística; la catexis sería, inicialmente, sólo del yo; el yo se ofrece al ello como objeto de amor; esto constituye el **narcisismo primario** y, poco a poco, se van cargando los objetos. El **narcisismo secundario** implica un retorno a la organización narcisística, y que se observa en condiciones fisiológicas tales como en la adolescencia o en la esquizofrenia y en los cuadros paranoides. En éstos, lo libidinal y lo agresivo se concentran en el propio yo. Ahora, si se considera que hay relaciones objetales desde el comienzo de la vida, se presupondría que hay una diferencia cualitativa entre la libido del yo y la de los objetos, vale decir, dos energías. Para Freud, empero, existe una fase inicial sin objetos: anobjetal y, por lo tanto, una sola energía. Las diferencias resultantes en la estructura de personalidad, en la forma de sentir y en los síntomas serían el resultado de la distribución económica del reservorio libidinal. El narcisismo es la fuente de la propia autoestima y de la creatividad, y su disminución exagerada lleva a una sensación de empobrecimiento del yo y a la coartación de la capacidad de crear; el *dar de sí* implica un placer narcisístico si este dar es genuino. / Algunos psicoanalistas contemporáneos como Kohut consideran que el cuidado por el objeto y la descarga narcisística pueden coexistir y la patología de la contraposición no está dada por el hecho de que el paciente dé mucho de sí mismo, sino porque llena su mundo de proyecciones que tienen que ser idénticas a sí mismas. El paciente neurótico y aún más el psicótico hacen de su mundo un espejo simétrico del cual esperan una respuesta en un todo igual a lo que ha depositado. Así, la persona busca en sus amigos, en su trabajo, una réplica exacta de lo proyectado. No reconoce la existencia del otro como un ser independiente; el otro existe apenas como un reflejo de las propias necesidades insatisfechas. Al producirse el inevitable fracaso de una expectativa idealizada, se da una profunda frustración que pone en marcha el proceso que Freud, siguiendo a Jung, denomina involución de la libido. Esta involución se presenta en momentos específicos de la vida del ser humano corriente (tales como el sueño, la creación artística), y en la neurosis o la psicosis. / La elección narcisística del objeto (elección en espejo), implica el peligro que igual a como el yo encauza la libido, también dirige hacia sí mismo el monto concomitante de agresividad. / Kohut distingue lo que denomina catexias del *self* y catexias de las funciones del yo. El narcisismo es la catexis libidinal del *self*, que es una estructura catectizada dentro de la mente, con continuidad en el tiempo y con representaciones en el ello, el yo y el Superyo. En cada una de estas estructuras, puede haber varias representaciones del *self*, simultáneas e incongruentes entre sí. La falta de discriminación entre yo y *self* ha llevado a algunos autores a suponer, equivocadamente, que el narcisismo excluye las relaciones objetales.

Narcolepsia. Trastorno del sueño clasificado dentro del grupo de las disomnias. Los individuos con este trastorno tienen

una tendencia incontrolable a dormirse durante el día. Aunque esta enfermedad tiene una etiología desconocida, en muchos pacientes se demuestra un componente genético. Los tres síntomas típicos de la narcolepsia, que no siempre están presentes en todos los pacientes, son: 1) Cataplejia, consistente en ataques súbitos de pérdida del tono muscular en los que el paciente cae, en ocasiones entrando directamente al sueño REM. Son generalmente precipitados por emociones. Se confunde a veces con epilepsia, o con desmayos; 2) Parálisis del sueño, consistente en episodios en que la persona se despierta y es incapaz de moverse durante unos dos a cinco minutos. Se deben a que la inhibición del tono muscular que se presenta en el sueño REM no logra suprimirse con el despertar. Algunos episodios aislados de este tipo se observan en persona que no padecen trastornos del sueño; y 3) alucinaciones hipnagógicas, que son vivencias intensas, casi siempre desagradables, que se presentan en la transición entre la vigilia y el sueño. Tienen un componente de fantasía pero con la nitidez de las imágenes del sueño. También pueden presentarse, en menor grado, en personas que no padecen trastornos del sueño.

Narcótico. Sustancias químicas que provocan la aparición del sueño.

Naturalización. Como parte del proceso de conocimiento, se describe así a la dotación de "realidad" a un esquema conceptual, "ontologizándolo", es decir, tratando al concepto como si fuese un ser, atribuyéndole preferencias y acciones, valores y tendencias. Junto con la familiarización y la habituación, son las vías para aceptar, conocer y relacionarse con lo extraño, con lo diverso; para hacerlo aceptable, admisible y también para internalizarlo y considerarlo como parte "del modo de ser del mundo". Son los mecanismos microsociales que mantienen ciertas estructuras y ciertos modos de vida, a la vez que sostienen la permanencia o estasis social.

Necesidad. Impulso irresistible que hace que las causas obren infaliblemente en cierto sentido; aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir; carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida. / Chacón, Barrón y Lozano proponen tres criterios para definir la necesidad. En primer lugar, el hecho de que toda necesidad supone un juicio de valor; es decir, diferentes grupos sociales o individuos juzgarán ciertas situaciones o hechos como carencias o excedencias. Esto determina la segunda condición: las circunstancias concretas y el contexto de cada uno son fundamentales en la definición de una necesidad. En tercer lugar, la necesidad surge del desajuste entre expectativas y condiciones concretas de vida. Esto indica que, a partir de la concepción universal que determina que todo ser humano necesita alcanzar ciertas condiciones de vida (alimentación, techo, vestido, recursos económicos, etc.), se dan hechos particulares que introducen un cierto relativismo. / El psicólogo estadounidense Abraham Maslow propuso una jerarquía de necesidades, así: fisiológicas (p.e. la comida, el sueño); de seguridad (p.e. la protección, el cuidado), de pertenencia, afecto, amor y amistad; de autoestima, autovalía, éxito y prestigio; y de autorealización.

Necrofilia. Trastorno psicosexual en el que se observa una inclinación sexual hacia los cadáveres.

Necrófilo. Según Fromm, son las personas amantes de la muerte. Tienen una atracción pasional de todo lo que es muerte, destrucción, podredumbre, y enfermizo; es la pasión de transformar todo lo que está vivo en lo no-vivo; de destruir por el solo hecho de destruir; el interés exclusivo en todo esto es puramente mecánico. Es la pasión de "destrozar todas las estructuras vivientes".

Negación. (Psicoan.) Es un conjunto de defensas y maniobras adaptativas, y puede entenderse en varios sentidos relacionados entre sí: - Como una vía de acceso a través de lo negativo a los contenidos reprimidos. Ejemplo: cuando un paciente responde a un señalamiento del psicoanalista con un "no" demasiado vehemente, éste tiene una cierta garantía razonable de que ha dado en el clavo; **-** Así como la represión defiende de los contenidos internos al borrarlos de la percepción-conciencia, la negación anula la percepción de eventos externos dolorosos en el afuera. En menor escala, la negación constituye una fase inevitable en el proceso de confrontar cualquier pérdida. El neurótico, dice Freud, no niega la realidad; intenta tan sólo ignorarla. El psicótico la niega y borra activamente y la reemplaza por otra realidad distinta, producto de sus propias proyecciones; la fase maníaca de la psicosis maníaco-depresiva está estructurada dinámicamente para defender al yo de la depresión. De esta manera, por ejemplo, la fuga de ideas, síntoma cardinal de esta fase y que se describe como un pensamiento sin objetivo, sí tiene una meta que es acelerar violentamente el pensamiento dirigido siempre hacia lo que se denomina alegría existencial, para evitar (negar) que se cuele cualquier idea intrusa que lleve en sí el peligro de la depresión; Klein describe lo que denomina defensas maníacas frente al dolor que supone la integración de la llamada posición depresiva. La resolución de lo depresivo que se logra por la reparación es un proceso doloroso y lento y, en este sentido, las defensas maníacas protegen al yo; sin embargo, si son demasiado intensas, interfieren severamente con el proceso de la maduración depresiva. Las defensas maníacas incluyen los mecanismos utilizados en la posición esquizoparanoide (escición, identificación proyectiva, idealización), pero usados específicamente para evitar la composición depresiva. Su común denominador es la negación y se caracteriza por control, triunfo y desprecio por el objeto, destinados a defender de los sentimientos depresivos en cuanto a la valoración del objeto y el temor a perderlo. La negación así tomada, se relaciona con eventos mayores en la vida de un niño o de un paciente, pero también se refiere a una serie de procesos vitales que tienen que ver con la respuesta del ser humano frente a situaciones de cambio. Todo cambio implica una reacción de duelo o de luto, normal, proporcional a la modificación que se vive; - La negación es una forma de saber las cosas sin permitir que éstas jueguen en la esfera de lo que realmente cuenta. Se sabe, pero el conocimiento no alcanza el área de influencia que determina la acción; - Conjuntamente con la escición del yo en los procesos defensivos, la negación permite que la personalidad vivencie situaciones contrapuestas y contradictorias sin que se desgarre psicóticamente. Freud denomina este mecanismo renegación (*disavowal*); - En la enfermedad orgánica se evidencia, en forma bastante nítida, una secuencia por la que atraviesa el paciente, para llegar a vivir de una forma realista el suceso crítico acaecido y, por lo tanto, poder luchar. Esta sucesión comprende tres pasos básicos: negación (ha sobrevivido, se siente eufórico, en cierto sentido, juega a que nada ha ocurrido); depresión (se da cuenta cabal que algo sí ha pasado en mayor o menor grado); y elaboración (el paciente ha aceptado en forma integrada su crisis vital. Puede, por lo tanto, reestructurar su campo de existencia; - Finalmente la negación cumple una muy importante función adaptativa a todos los niveles. El ser humano necesita negar aspectos de la realidad externa para sobrevivir, dormir, soñar o crear.

Neocorteza. Estructura cerebral que es el asiento del pensamiento, contiene los centros que comparan y comprenden lo que perciben los sentidos. Permite tra-

zar estrategias, planificar a largo plazo y desarrollar artimañas mentales.

Neoestructuralismo. El neoestructuralismo en el plano de la psicología de las organizaciones concede un especial énfasis a la relación entre el modo de producción y modo de estructurarse un sistema psicológico en una organización.

Nervio. Haz de axones de neuronas que forma parte del sistema nervioso periférico. Los nervios pueden ser sensoriales o motores (también los hay mixtos). Los primeros conducen la información desde el exterior hacia los centros nerviosos, en tanto que los segundos la transmiten a los órganos efectores.

Nerviosismo. Estado de desequilibrio leve del sistema nervioso, con trastornos psíquicos de cierta intensidad (irritabilidad, poca atención, etc.) y orgánicos (intranquilidad motora, etc.).

Neurastenia. (Psicoan.) Junto a la neurosis de angustia, es una de las dos entidades primarias de las neurosis actuales o actualneurosis. Fue descrita por el psiquiatra norteamericano Charles Beard en la segunda mitad del siglo pasado. Destaca como síntomas característicos la astenia psicológica o cansancio, cefalea, irritabilidad, mal humor constante y explosivo, insomnio, dolor en el trayecto de los nervios raquídeos, constipación intestinal, mejorías y empeoramientos aparentemente espontáneos. Para Beard, la sintomatología de la neurastenia se relaciona básicamente con las tensiones producidas por las concentraciones urbanas, los adelantos técnicos y el estrés psicosocial asociados a la era industrial. Freud considera válidas las razones expuestas por Beard pero piensa que la causa básica de la neurastenia se relaciona con la masturbación y sus consecuencias, tomada ésta en cuenta en el contexto de la patología de la soledad y como un reflejo de la problemática que posteriormente conduce a la postulación del narcisismo.

Neurolépticos. V. *Antipsicóticos*.

Neurona. Unidad funcional básica del cerebro y del sistema nervioso. Conjunto de la célula nerviosa con sus prolongaciones protoplásmicas y su eje. Tiene tres regiones celulares, cada una con funciones especializadas: el cuerpo o soma, las dendritas y el axón. El soma es la parte de la neurona que contiene el núcleo, en el que se encuentran el material genético, la maquinaria bioquímica para la síntesis de enzimas y otras moléculas esenciales para la vida y funciones especializadas de la célula. Del soma emergen dos tipos de prolongaciones: las dendritas y el axón. Las dendritas son expansiones cilíndricas que se ramifican profusamente, que proporcionan la principal superficie física por la cual la neurona recibe señales procedentes de otras neuronas, aunque hay casos en los que las dendritas también se comportan como polo emisor de señales. El axón arranca por lo general del soma neuronal, aunque en ocasiones también lo hace de una dendrita. Es un filamento recubierto a menudo por una vaina de una sustancia aislante llamada mielina; al agruparse con cientos de otras fibras nerviosas, forman haces que dan lugar a los nervios, en el sistema nervioso periférico, o a los tractos nerviosos, en el sistema nervioso central.

Neuropatías. Enfermedades de los nervios. Las neuropatías motoras (también puede haber neuropatías sensitivas) se manifiestan por síndrome de motoneurona inferior. Algunas causas de neuropatías son la diabetes y las intoxicaciones por pesticidas, plomo o arsénico. Son comunes las neuropatías traumáticas, muchas veces por compresiones prolongadas de los nervios.

Neurosis. (Psicoan.) Dentro del contexto de la primera teoría instintiva se estable-

ce la contradicción y el conflicto entre los instintos sexuales y los instintos del yo, entre la libido y el interés. El término neurosis se refiere a un grupo de enfermedades mentales menores, en comparación con la psicosis, en que se destacan los trastornos subjetivos. Las neurosis se distinguen positivamente por la presencia constante de la angustia y por la utilización masiva de mecanismos defensivos contra ésta, que devienen rígidos y obsoletos. A pesar del estrechamiento del campo vital de las inhibiciones y de los síntomas, el paciente no rompe masivamente con el entorno y puede mantener una adaptación social aceptable aunque limitada y poco creativa. La neurosis puede manifestarse en términos de síntomas físicos, síntomas psíquicos, y estructura de carácter, una forma de ser abierta o soslayadamente rígida. Para que se produzca una neurosis se requieren dinámicamente tres condiciones básicas: 1) Que se reactive un deseo infantil erótico u hostil, prohibido, desencadenado por vivencias actuales; 2) Que el yo movilice defensas (represión) contra estos derivados instintivos renovados; y 3) Que esta defensa (represión) no sea totalmente exitosa, lo cual lleva al constante "retorno de lo reprimido" y a la necesidad de poner en marcha nuevas defensas. El yo se ve confrontado con deseos instintivos infantiles, prohibidos. Si la personalidad los acepta y los actúa, el cuadro clínico corresponde a la perversión; si la personalidad rechaza estos deseos infantiles parciales y los reprime, el cuadro clínico corresponde a la neurosis. La neurosis es la defensa contra la perversión. En la neurosis la represión puede llegar a ser aplastante, entorpecer el contacto entre las agencias y sofocar la capacidad del individuo para fantasear o crear; el neurótico aplasta su fantasía o bien fantasía y mundo externo corresponden a dos existencias separadas y disociadas.

Neurosis actuales (o **actualneurosis**). (Psicoan.) En el marco de la primera teoría instintiva, surge una primera clasificación de las neurosis en la que se contraponen las neurosis actuales o actualneurosis y las neurosis de defensa o psiconeurosis. Las neurosis actuales se caracterizan por tener poca relación con la biografía del individuo; por la poca utilización de los mecanismos de defensa y por su relación etiológica directa con una frustración sexual actual y de allí su nombre. Comprenden dos entidades primarias: las neurosis de angustia y la neurastenia; y dos entidades apenas secundariamente en este contexto: la hipocondría y la despersonalización.

Neurosis de angustia. (Psicoan.) Se considera la más frecuente de las neurosis. La angustia es, de todas formas, el tronco del cual surge no solamente cada una de las falsas soluciones patológicas, sino que también es la fuente de la movilidad psíquico-dinámica. Las clasificaciones psicoanalíticas de las entidades patológicas se basan primordialmente en los procedimientos defensivos que utiliza cada persona, de acuerdo con los mecanismos defensivos de que dispone y con su peculiar manera de ser. Así, si los procedimientos defensivos se relacionan principalmente con el desplazamiento y la evitación, la solución neurótica sería la fobia. Si utiliza su cuerpo para somatizar el conflicto y tiende a mantener disociadas partes de sí misma, el producto neurótico es la histeria. Si tiende a la formación por lo contrario y a mantener separados el contenido afectivo de la idea que le corresponde, el resultado es la neurosis obsesivo-compulsiva. En la neurosis de angustia, la angustia no se canaliza a través de mecanismos específicos de defensa, sino que se mantiene en forma más o menos continua y amenazante, perturbadora y limitante en el interior del paciente. Para Freud, el motivo básico de las neurosis de angustia se relaciona con

la excitación sexual frustrada y particularmente con la abstinencia y el *coitus interruptus* que constituía a principios del siglo XX el más frecuente y eficaz método de anticoncepción. A partir de esta excitación frustrada (libido detenida) se desarrollaría lo que Freud llama "energía sexual somática" (ESS), que no alcanza a hacerse psicológica, que no se elabora y que se descarga directamente a través de los síntomas. Esta concepción de Freud, al igual que muchas de las relacionadas con los aspectos generales sobre las neurosis actuales, conservan su importancia teórica, pero tienden a ser descartadas desde el punto de vista práctico. Si bien las frustraciones sexuales desencadenan relaciones ansiosas, no todas las reacciones ansiosas se deben a frustraciones sexuales, así estas últimas se hallen presentes en la base del problema.

Neurosis de defensa (o **psiconeurosis**). (Psicoan.) En el marco de la primera teoría instintiva, surge una primera clasificación de las neurosis en la que se contraponen las neurosis actuales o actualneurosis y las neurosis de defensa o psiconeurosis. Las neurosis de defensa o psiconeurosis se distinguen porque guardan una relación estrecha con la historia longitudinal del individuo y se comienzan a gestar en la niñez; y por la utilización de patrones de mecanismos de defensa que paulatinamente se hacen inadecuados. Lo histórico-genético y el fracaso relativo de la adaptación psicobiológica juegan en estas neurosis un papel predominante. Comprenden la **histeria de conversión**, la **neurosis obsesivo-compulsiva** y la **neurosis fóbica** (histeria de angustia).

Neurosis de transferencia. (Psicoan.) En el marco de la segunda teoría instintiva surge una nueva clasificación que incluye la psicosis, cuyo origen está en la exploración del narcisismo: las **neurosis de transferencia** y las **neurosis narcisísticas**. Las neurosis de transferencia corresponden a las de defensa, o sea, la histeria de conversión, la neurosis obsesiva y la histeria de angustia (neurosis fóbica).

Neurosis fóbica. V. *Histeria de angustia*.

Neurosis narcisística. (Psicoan.) En el marco de la segunda teoría instintiva surge una nueva clasificación que incluye la psicosis, cuyo origen está en la exploración del narcisismo: las neurosis de transferencia y las neurosis narcisísticas. La característica común de estas últimas es el reemplazo masivo de la relación objetal por identificaciones. Aunque Freud considera que el fenómeno se da en la melancolía y en la paranoia, para todos los fines prácticos delimita su uso a la esquizofrenia, entidad para la cual intentó, sin éxito, promover la designación de parafrenia.

Neurosis obsesiva. (Psicoan.) Es una de las neurosis de defensa o psiconeurosis. Se marca por la presencia de ideas obsesivas y de actos compulsivos. La idea obsesiva es un trastorno del contenido del pensamiento, que consiste en contenidos ideativos fijos y reiterativos, que el individuo califica como absurdos y que trata de rechazar, pero que se le imponen por su gran fuerza afectiva. El acto compulsivo corresponde a un ritual repetitivo y molesto que el individuo tiene que llevar a cabo, so pena de ser invadido por una gran angustia. La idea obsesiva constituye, para Freud, el retorno disfrazado de un acto de fantasía sexual infantil, llevado a cabo en forma agresiva. El acto compulsivo vendría a ser una especie de segunda línea defensiva que adopta el yo para calmar la ansiedad frente al fracaso relativo de la idea obsesiva (primera línea de defensa), para mantener a raya los impulsos que reviven, con la subsiguiente ansiedad. Los sucesos que dan origen a la neurosis obsesiva y al carácter en el que se estructura, se desarrollan en un primer período relativamente libre de morali-

dad. En una segunda etapa, el recuerdo de los actos placenteros se enlaza a reproches, y se reprimen y se sustituyen por un síntoma, tal como vergüenza, escrúpulos, desconfianza, que inician un tercer período que corresponde a la defensa exitosa (éste es el único ejemplo que Freud expone de una represión que, al menos temporalmente, es totalmente exitosa). Eventualmente, la represión fracasa y surgen, en forma franca, los recuerdos y fantasías desencadenados por algún suceso actual. Desde el punto de vista estructural, la enfermedad obsesiva corresponde a reproches que el Superyo hace al yo, pero sin que estos se incorporen verdaderamente a la estructura yoica; de allí el rechazo. Esta situación contrasta con lo que sucede en la melancolía, en la que los reproches superyoicos se dirigen hacia un objeto introyectado del yo; de allí su aceptación. El carácter obsesivo es, a menudo, particularmente rígido, al punto de constituir una verdadera coraza caracterial. Se distingue por: 1) Parsimonia; 2) Necesidad de control que se convierte en la razón de ser de la vida del paciente y que se entrelaza con la adquisición en términos de desarrollo y relaciones sociales, del dominio de los esfínteres. Así pues, el obsesivo tiene que zonificar su vida en áreas pequeñas y compartimentalizadas que pueda manejar con facilidad relativa, sin exponerse a la pérdida de control. Esto limita su vida y sus potencialidades creativas; 3) Meticulosidad, el orden preciso para cada una de sus actividades también se relacionan con el estricto control; 4) El obsesivo tiende a oscilar entre extremos de despilfarro y de tacañería, con marcado predominio de esta última; 5) La pulcritud excesiva traiciona, sin embargo, su carácter de formación por lo contrario, en medio de la limpieza casi elegante, la persona puede descuidar una prenda íntima, que se transforma en el representante condensado del instinto anal prohibido; 6) Oscilaciones entre el sadismo y la sumisión exagerada; 7) Coleccionismo que, entre otras, tiene la connotación de pruebas de inocencia frente a los reproches y acusaciones del Superyo. Se liga también al deseo de poseer, que a su vez, se entreteje con el de dominar; 8) El campo de batalla en el cual se debaten los conflictos del obsesivo es el pensamiento, muy frecuentemente asociado a la duda, reflejo de una intensa ambivalencia. En muchas ocasiones, el pensamiento se refiere a temas pseudometafísicos nebulosos y acompañados de dudas dolorosas (rumiación); 9) La moral del obsesivo es frecuentemente genuina e insobornable; sucede, empero, que en numerosas ocasiones es demasiado rígida y asfixiante para el paciente y para quienes lo rodean, bajo la égida de un Superyo implacable, que no hace la menor concesión; y 10) El yo del obsesivo tiene su punto de fijación en la etapa fálico-edípica. La libido, sin embargo, hace una regresión a la etapa anal. Esto determina una modalidad funcional escindida por medio de la cual emana una modalidad funcional escindida por medio de la cual emana un yo precozmente desarrollado frente a una instintividad regresiva, lo cual se refleja en los mecanismos de intelectualización-racionalización, y en el hecho de que el obsesivo elabore su mundo a través del pensamiento. Además de la regresión y la formación reactiva, las modalidades defensivas tienen que ver con la separación de la idea y el afecto (aislamiento) y la anulación.

Neurosis traumáticas. (Psicoan.) Son producidas por accidentes, catástrofes, guerras, etc. Se acompañan de sueños reiterativos de un contenido en extremo doloroso y en el cual, durante prolongados períodos de tiempo, vivencia, una y otra vez, la situación traumática recordada.

Neurotransmisor. Sustancia química liberada desde las terminales nerviosas de la neurona presináptica, que permi-

te la transmisión de señales. Una vez liberado, el neurotransmisor difunde a través del espacio que separa a las dos membranas, es decir, a la de la neurona presináptica y la de la postsináptica. Entonces el transmisor llega a la membrana plasmática de la neurona postsináptica donde actúa sobre receptores específicos. Estos receptores son moléculas de naturaleza proteínica, enclavadas en la membrana plasmática, que reconocen con gran especificidad a cada sustancia transmisora. Esto tiene como resultado un flujo de corriente iónica a través de la membrana, lo que significa entonces el flujo de carga eléctrica. Hay neurotransmisores excitadores, que generalmente aumentan la permeabilidad a ciertos cationes, mediante la apertura de canales selectivos a éstos. Los neurotransmisores inhibitorios actúan abriendo canales selectivos a aniones.

Neutralidad. En el enfoque sistémico es, junto a la formulación de hipótesis y la circularidad, uno de los tres principios que deben ser tenidos en cuenta para una correcta coordinación de la sesión de terapia familiar. Es un modo de evitar la desaprobación; el interés del terapeuta debe ser el de provocar retroalimentaciones y recoger informaciones y no de enjuiciar a los miembros de la familia. El terapeuta debe mantenerse en un metanivel diferente al de la familia, con lo cual podrá tener un conocimiento de las relaciones de ésta, lo que le va a permitir intervenir, hacer comentarios o prescripciones. / (Psicoan.) Rasgo planteado históricamente como característico de la posición del analista en la cura, o incluso de su modo de intervención: el analista debe guardarse de querer orientar la vida de su paciente en función de sus propios valores.

Neutralización. (Psicoan.) El concepto de neutralización representa para Freud una especie de sublimación y Hartman lo sopesa como sinónimo de ésta. El planteamiento se refiere a que con la maduración y el desarrollo del aparato psíquico se produce una desagresivización y des-sexualización de los impulsos agresivos y libidinales cuya energía puede ponerse, entonces, al servicio del yo. La neutralización puede considerarse como el precursor económico de la sublimación. Gracias a la neutralización funcionan partes del yo libres o, al menos, relativamente libres de conflicto, que son los aparatos sensoriales y motores básicos para la conexión del niño con el ambiente y que están constituidos esencialmente por los aspectos psicobiológicos, que eventualmente configurarán los órganos receptores o efectores. / Algo voluntario y que requiere esfuerzo, cuyo objetivo es eliminar, evitar o atenuar el pensamiento.

Ninfomanía. Trastorno psicosexual femenino caracterizado por la desinhibición absoluta de los instintos sexuales. / Exageración mórbida de la avidez sexual en la mujer. / V. *Hipersexualidad*.

Niñez. Se divide en dos etapas: niñez temprana y niñez media. La **niñez temprana** va desde los tres hasta los seis años de edad. Las características más importantes son: la familia es aún el centro de la vida, aunque otros niños se vuelvan más importantes (p.e. hermanos menores o recién nacidos); mejoran y se fortalecen la motricidad fina (habilidades como abotonarse la camisa, copiar figuras, cortar con tijeras, que involucran músculos pequeños. (v. *Motricidad fina*) y gruesa (habilidades físicas como saltar y correr, que involucran músculos grandes. (v. *Motricidad gruesa*); se incrementan la independencia, el autocontrol y el autocuidado; el juego, la creatividad y la imaginación se hacen más elaborados; la inmadurez cognitiva conduce a muchas ideas ilógicas sobre el mundo; y el comportamiento es bastante egocéntrico, pero se aumenta la comprensión de la perspectiva o el punto de vista de las otras personas. / De acuerdo al proceso de desarrollo cognitivo propuesto por

Piaget, los niños se encuentran en la etapa preoperacional del pensamiento (v. *Etapa preoperacional*), caracterizada por la capacidad creciente de evocar información (habilidad para reproducir conocimiento que está en la memoria), fundamental en el proceso de desarrollo del pensamiento durante la niñez temprana. Cuando los niños pueden evocar eventos y objetos, pueden empezar a formar y usar conceptos –representaciones de cosas que no están en el medio presente. La comunicación mejora a medida que pueden compartir sus sistemas representacionales con otros. / Los logros de esta etapa son: la función simbólica, la imitación diferida, y la comprensión de identidades y funciones. Las limitaciones de esta etapa son: la centración, la dificultad para la conservación, la irreversibilidad, el pensamiento transductivo, el centrarse en los estados más que en las transformaciones, y el egocentrismo (V. *Etapa preoperacional*). / Piaget propuso tres etapas con respecto a la capacidad que tienen los niños para clasificar: 1) Va de los dos y medio a los cinco años. Los niños agrupan los elementos para formar un diseño o una figura; o agrupan de acuerdo con criterios que cambian constantemente (p.e. agregar un cuadrado azul a uno rojo porque ambos son cuadrados, y luego agregar un triángulo rojo al grupo porque es rojo, como el anterior cuadrado que se agregó); 2) Va de los cinco a los siete años. Los niños agrupan por similitud pero pueden cambiar el criterio en la mitad de la tarea, ordenando algunos grupos por color y otros por tamaño o forma. Usualmente subclasifican: pueden colocar todos los elementos rojos en un grupo y luego agrupar los cuadrados, triángulos y círculos rojos; y 3) Va de los siete a los ocho años. En la etapa de las operaciones concretas, los niños están realmente clasificando. Empiezan con un plan de agrupación de elementos con dos criterios (como color y forma), mostrando con ello que comprenden las relaciones entre clases y subclases. Se ha encontrado sin embargo que existen otros niveles en el desarrollo de la clasificación, pues los niños clasifican desde edades más tempranas, así (V. *Infancia*). / Con respecto al **desarrollo del lenguaje**, en esta etapa los niños se interesan por todo lo que les rodea, y preguntan sobre todas las cosas, en parte porque quieren saber, y en parte porque cuando preguntan "¿por qué?", logran iniciar y mantener una conversación. Al inicio de la niñez temprana, los niños pueden dar y seguir comandos que incluyen más de un paso (p.e. recoge tus juguetes y colócalos en el closet). Pueden nombrar cosas familiares como mascotas, partes del cuerpo y personas. Sus destrezas lingüísticas progresan rápidamente a través de la niñez temprana. (V. *Lenguaje*, *Habla egocéntrica*, *Habla privada* y *Habla social*). / Según la teoría del desarrollo psicosocial propuesta por Erikson, los niños de esta etapa se encuentran en la tercera crisis del desarrollo de la personalidad: Iniciativa versus Culpa. Esta trae consigo un conflicto entre el sentido de intención o iniciativa, que permite al niño planificar y llevar a cabo actividades, y las reservas morales que el niño puede tener con respecto a esos planes. Este conflicto marca una división entre dos partes de la personalidad: el niño lleno de deseos de probar cosas nuevas y poderes, y el niño que se está volviendo un adulto, examinando constantemente la conveniencia y lo correcto de las acciones. Los niños que aprenden a regular estas tendencias opuestas desarrollan la virtud de la intención, el valor de prever y perseguir metas, sin sentirse inhibidos por la culpa o el miedo al castigo. / Debido a la incapacidad de los niños de esta etapa para distinguir claramente entre la realidad y la fantasía, suelen existir numerosos miedos temporales que se irán superando en etapas posteriores del desarrollo, a medida que los niños pierdan su sentido de vulnerabili-

dad. Los miedos más comunes entre los dos y los cuatro años, son a los animales, especialmente a los perros. Hacia los seis años, los niños suelen temer más a la oscuridad, a los monstruos, a los fantasmas, a las tormentas y a los doctores. Algunos de los temores de los pequeños son originados por ansiedades subyacentes, disparadas por programas y películas que presentan imágenes amenazantes y atemorizantes. Otros son aprendidos a partir de comportamientos de miedo y evitación por parte de los padres, cuidadores o pares. Los padres deben aceptar los miedos de los niños como normales, ofrecerles seguridad, y motivarlos a expresar sus sentimientos sin ser ridiculizados o castigados. / Según la propuesta de Piaget con respecto al desarrollo del razonamiento moral, los niños pequeños se encuentran en la etapa de la moral heterónoma, o moral de restricción, caracterizada por juicios rígidos y simplistas (v. *Moral heterónoma*). Según Kohlberg, el tipo de moral presente en los niños de cuatro a diez años, es la moral convencional, en la que los niños han internalizado los estándares de las figuras de autoridad (V. *Moral convencional*). / La **niñez media** va desde los seis hasta los doce años. Las principales características de esta etapa son: los pares adquieren gran importancia; los niños comienzan a pensar lógicamente, aunque en gran parte predomina aún el pensamiento concreto; disminuye el egocentrismo; las destrezas de memoria y lenguaje incrementan; los progresos cognitivos mejoran la habilidad para beneficiarse de la educación formal; se desarrolla el autoconcepto, afectando al autoestima; se hace lento el crecimiento físico; y la fortaleza y las destrezas atléticas mejoran. De acuerdo al proceso de desarrollo cognitivo propuesto por Piaget, los niños se encuentran en la etapa del pensamiento concreto, caracterizada porque pueden usar símbolos para llevar a cabo operaciones. Por primera vez, la lógica se hace posible. Aunque los niños en esta etapa pueden hacer representaciones mentales de los objetos y eventos que no se encuentran presentes, su aprendizaje aún se encuentra atado a la experiencia física (v. *Etapa de las operaciones concretas*). Dos grandes logros de esta etapa son la descentración, que permite a los niños tener en cuenta todos los aspectos de una situación, más que enfocarse sólo en uno (v. *Descentración*), y la conservación, que es la habilidad para reconocer que dos cantidades se mantienen iguales en la medida en que nada haya sido quitado o agregado a las mismas (V. *Conservación*). / Según la propuesta de Piaget con respecto al desarrollo del razonamiento moral, los niños operacionales se encuentran en la etapa de la moral autónoma o moral de cooperación, caracterizada por la flexibilidad moral (v. *Moral autónoma*). De acuerdo a Kohlberg, los niños se encuentran en la etapa de la moral postconvencional (V. *Moral postconvencional*). / Con respecto al lenguaje, se sabe que a los seis años, los niños hablan en un nivel sofisticado, usando una gramática compleja y miles de palabras. A pesar de esto, aún hay deficiencias en la sintaxis –modo en que se organizan las palabras dentro de las oraciones. Durante los primeros años escolares, raramente usan la voz pasiva, los verbos que incluyen alguna de las formas del verbo *haber*, o frases que incluyan el condicional ("si... entonces..."). Hacia los nueve años, los niños desarrollan una comprensión mayor de la sintaxis. / Según la teoría del desarrollo psicosocial propuesta por Erikson, los niños de esta etapa se encuentran en la cuarta crisis del desarrollo de la personalidad: Laboriosidad versus Inferioridad. El asunto a ser resuelto es la capacidad del niño para el trabajo productivo. Los niños de todas las culturas deben aprender las destrezas y habilidades específicas que necesitan para sobrevivir, dependiendo de lo que es importante para cada una. Los esfuerzos para domi-

nar las destrezas necesarias ayudan a los niños a formar un autoconcepto positivo. La virtud que se desarrolla con la resolución exitosa de esta crisis es la competencia, una visión de sí mismo como capaz de dominar habilidades y completar tareas. A medida que comparan sus capacidades con las de sus pares, los niños construyen un sentido de quiénes son. Si se sienten incapaces al hacer esta comparación, se aíslan buscando tareas menos desafiantes, en las que se espere menos de ellos. Si, por el contrario, se sienten demasiado laboriosos y diligentes, pueden llegar a descuidar o abandonar sus relaciones con otras personas, convirtiéndose más tarde en adultos esclavos del trabajo. / V. *Altruismo*, *Comportamiento agresivo* y *Juego*.

Nistagmo. Movimiento rítmico involuntario de los ojos, que consiste en temblores rápidos de pequeña amplitud en una dirección y un movimiento recurrente, mayor, más lento, en la dirección opuesta. El nistagmo puede ser horizontal, vertical o rotatorio.

Norepinefrina (**Noradrenalina**). *Hormona y neurotransmisor* producida por la glándula adrenalina. Es particularmente importante para la excitación simpática y vasoconstrictora. Esta implicada también en la energía corporal.

Norma. Patrón de conducta compartido por los miembros de un grupo social, al que se prevé que ellos han de ajustarse, y que es puesto en vigencia mediante sanciones positivas y negativas. Las normas de grupo regulan la actuación de éste en tanto unidad organizada, manteniéndolo dentro de la trayectoria de sus objetivos. Las normas, en algunos casos, especifican conductas particulares y, en otros, sólo definen el rango de conductas aceptables. / Las clases de normas son: 1) **Normas enunciadas explícitamente**: aquellas que no aparecen en el código o no están escritas formalmente, sino que pueden ser comunicadas de manera verbal y explícita, y resultan fáciles de reconocer por los miembros; 2) **Reglas escritas**: normas compiladas en forma de estatutos y códigos; pueden ser escritos y formales, con la intención de ser acatados literalmente como reglas de grupo y hechos valer mediante sanciones. Están consignadas por escrito y presumiblemente a disposición de los miembros que estén dispuestos a examinar la constitución o la política de la corporación; 3) **Normas informales y no explícitas** -que muchas veces llegan a conocerse sólo cuando son violadas-; y 4) **Normas inconscientes**: aquellas que se crean por ósmosis, dentro de un patrón gradual inconsciente (p.e. levantamos las manos cuando queremos que nos reconozcan, saludamos a las personas que conocemos, etc.)
V. *Sistema normativo*).

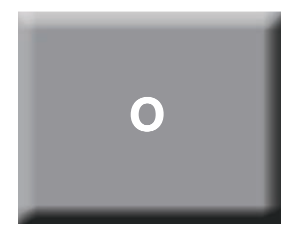
Normalidad. Es un criterio relativo y sólo se puede medir en un contexto histórico que abarque un espacio y un tiempo específicos. Para valorar la normalidad de las gentes se utilizan varios criterios: 1) Estadístico. Tiene la ventaja de que es fácil de medir. Sin embargo, implica la enorme desventaja de que no siempre lo frecuente puede considerarse normal; 2) Basado en juicios de valor. La sociedad elige peritos: psiquiatras, psicólogos o trabajadores sociales que, en cierto sentido, se erigen en magistrados para valorar y sopesar los límites, a menudo borrosos, entre lo perturbado y lo normal; 3) Adaptativo. Hace referencia a la capacidad del ser humano para equilibrar su mundo interno y externo y armonizar los deseos y necesidades del ser humano, en un criterio social. Podría hacerse potencialmente peligroso en la medida en que se tome como una forma de manipulación social; y 4) Creativo-estético. Va más allá de las posibilidades de medición estadística, y se refiere a la búsqueda de soluciones nuevas frente a los conflictos, las ansiedades, las relaciones interpersonales. Este

criterio, así tomado, no necesariamente se traduce en una obra de arte universalmente reconocida, pero sí cristaliza una capacidad de relación con la propia fantasía, una tendencia a lo sublimatorio y una reconstrucción y recuperación de lo estropeado y/o perdido en el interior del sí mismo (*self*) y a nivel de la relación con el otro. Su esencia supone un enriquecimiento elaborativo, cercano a los afectos más profundos de la personalidad. Cada uno de estos criterios resultan insuficientes si se toman en forma aislada. Se requiere ponderar los cuatro, manteniendo la expectativa de que las distorsiones de cada criterio se corrijan a través de la utilización de los otros tres.

No existe una línea divisoria clara entre lo que se denomina normal, la enfermedad mental menor, llamada neurosis, y la enfermedad mental mayor o psicosis. La normalidad no se refiere solamente a ausencia de enfermedad; lo normal, la salud, la salud mental, supone una evolución positiva de las capacidades del ser humano y de su potencial, así como la capacidad de desarrollar sus fantasías para el mejoramiento de sí mismo y del mundo circundante.

Nosología. Sistema clasificatorio referido a enfermedades o procesos morbosos, generalmente basado en supuestos teóricos de carácter etiológico.

N



Objetivación. En el marco de la Teoría de las Representaciones Sociales, es el proceso que consiste en transformar categorías abstractas en algo concreto, realidades físicas o imágenes. Se da en tres fases: 1) Los elementos de un objeto social son descontextualizados de él, recontextualizándolos en estructuras previas de los sujetos o grupo en particular (criterios culturales y normativos significativos para el grupo); 2) La recontextualización implica que los elementos seleccionados se organizan en un esquema estructurante; y 3) El esquema o núcleo figurativo es naturalizado, se vuelve "real", no se lo cuestiona y se integra al sentido común.

Objeto. (Psicoan.) Constituye una de las características del instinto. Es el medio que el instinto utiliza para la descarga. Se define el objeto como la vivencia yoica de todo lo que es el "no yo". No se concibe el desarrollo del ser humano sino en función del *otro*, vivido inicialmente en forma parcial. Está constituido por: la cosa (representación inconsciente), la palabra que la designa, o sea, el símbolo preconsciente, y el afecto y la energía que le corresponden. / **Objeto fatal**: aquel que se caracteriza por escapar al deseo y necesidad de medirlo, describirlo, comprenderlo y explicarlo; por trascender a las explicaciones que sobre él se construyen; y por presentarse una y otra vez complejo, inmediato y lejano, inaccesible e inevitable, tentador, difícil e imposible de dominar. / **Objeto libidinal**: Spitz retoma una definición de Freud, cuando éste dice que el objeto de un instinto es aquello en relación a lo cual o a través de lo cual el instinto es capaz de lograr su finalidad. Spitz recalca como característica el hecho de que el objeto libidinal es muy variable a través del desarrollo de las relaciones objetales, cambia continuamente salvo en las etapas donde no hay una importante redistribución de la libido, ocasiones donde tiende a catectizar sólo un determinado objeto. / **Objeto parcial**: objeto totalmente bueno o totalmente malo, definido en términos de lo que el niño percibe de éste, y que existe solamente en gracia de su función. / **Objeto transicional**: objeto que tiene simultáneamente características de lo interno y de lo externo; se refiere a un elemento material y actúa a manera de puente levadizo para buscar lo externo o retraerse. Estos objetos intermediarios se refieren a biberones, cojines, osos de peluche. A la larga el niño llegará a relacionarse con un objeto total; no obstante, la discriminación entre yo y objeto se logra apenas con la madurez emocional y, aún así, en forma relativamente parcial. De acuerdo con la psicología del desarrollo, los objetos transicionales ayudan al niño a vivir la transición de la dependencia de la infancia a la independencia de la siguiente etapa del desarrollo.

Observación. Es, junto a los estudios de caso y la entrevista, una de las técnicas del método no experimental. Tiene dos formas: observación naturalista y observación experimental. / **Auto-observación**: como su nombre lo dice, requiere que la persona observe su propio comportamiento y luego registre su ocurrencia. Implica la observación y el registro de los comportamientos relevantes en el momento de su ocurrencia. Para que este tipo de observación sea eficiente, es necesario que los "comportamientos blanco" sean claramente definidos y en-

tendidos por la persona. En la auto-observación también pueden llegar a evidenciarse los efectos de la reactividad. / Los estudios basados en la observación no pueden explicar el comportamiento ni determinar sus causas o efectos. En la observación naturalista, los investigadores no pueden controlar las condiciones bajo las cuales ocurre la observación. En los estudios de laboratorio, las condiciones pueden no ser típicas o características de la vida real. Además, la presencia misma del observador en ambos casos puede alterar el comportamiento que está siendo observado. / **Observación experimental**: en ésta, los investigadores observan y registran el comportamiento en ambientes que han sido diseñados para colocar a los sujetos en la misma situación y condiciones, de manera que sea posible obtener información sobre los comportamientos de los sujetos en esta situación experimental. / **Observación naturalista**: en ésta los investigadores observan y registran los comportamientos de las personas en ambientes naturales y reales. No se manipula el medio ni se altera el comportamiento. Dado que los "comportamientos blanco" de la persona son definidos operacionalmente, son observados por observadores entrenados quienes pueden no ser parte del ambiente natural, y se registran de acuerdo con un conjunto específico de reglas, este tipo de observación es considerada la menos inferencial de las técnicas de evaluación disponibles. Un tipo de observación naturalista es el *time sampling*, una técnica usada para determinar con qué frecuencia ocurre un comportamiento en un período de tiempo dado. Aunque la observación naturalista directa es el método preferido para evaluar ciertos comportamientos, existen algunas fuentes de error asociadas con esta técnica. Primero, los errores en las mediciones observacionales pueden atribuirse a los mismos observadores, especialmente cuando los observadores son personas significativas en el entorno de quienes son estudiados. Segundo, la información derivada de la observación puede estar influenciada por los procedimientos observacionales, así como por las variables contextuales. Finalmente, una fuente de error particularmente relevante en este tipo de observación, que es independiente de los observadores o de las técnicas empleadas, es la reactividad. Los efectos reactivos ocurren cuando el proceso de observación del comportamiento en sí mismo altera las características o la frecuencia del comportamiento observado. La reactividad implica una gran amenaza a la validez de las observaciones resultantes; esto es, la muestra de comportamiento derivada de las observaciones naturalistas puede no ser representativa del comportamiento cuando éste no es observado. / **Observación participante**: es la actividad metodológica, por lo tanto sistemática, y con objetivos determinados por los propósitos de investigación y de generación de conocimientos, realizada en el transcurso de la vida cotidana de personas o de grupos específicos, a fin de conocer, desde esa posición interna, eventos, fenómenos o circunstancias a los cuales no se podría acceder desde una posición externa no participante. Produce una forma de teorización que surge a partir de la experiencia. Además, tiene un carácter abierto y flexible, pues permite cambiar el foco de atención del investigador de acuerdo con los cambios que se dan en el entorno observa do, detectando sus variaciones. Y debido a su carácter participativo, supone la inevitable generación de variadas relaciones con las personas observadas, lo cual puede ser una fuente de información enriquecedora. Sus objetivos son: superar las restricciones de otros métodos, permitiendo obtener una visión más amplia, detallada y completa de un determinado fenómeno o circunstancia y de cómo lo viven y le otorgan sentido las personas implicadas; descubrir los

sentidos y perspectivas, así como los valores y las normas desde los cuales los actores sociales construyen su realidad; y facilitar el acceso en la investigación a las posiciones y sentidos de personas y grupos. Puede apoyarse en anotaciones y diarios de campo, grabación de entrevistas, y aplicación de cuestionarios e inventarios. Las observaciones pueden llevarse a cabo en función del lugar, la gente, los objetos, los actos y actividades que realizan, los eventos, los propósitos, el uso del tiempo, y los sentimientos.

Obsesiones. Ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se experimentan por parte del individuo como intrusas y sin sentido; el individuo intenta ignorar o suprimir este tipo de pensamientos o impulsos, o bien trata de neutralizarlos a través de otros pensamientos o acciones, reconociendo que son producto de su mente y no están impuestas desde afuera. / (Psicoan.) Trastorno psíquico caracterizado por la irrupción en el pensamiento de un sentimiento o una idea que le aparece al sujeto como un fenómeno morboso, que proviene sin embargo de su propia actividad psíquica, y que persiste un tiempo más o menos largo a pesar de su voluntad consciente y de todos sus esfuerzos para desembarazarse de él. Fue el alienista francés J. Falret quien introdujo este término (a partir del latino *obsidere*, asediar) para subrayar hasta qué punto ciertas ideas patológicas asedian la conciencia del paciente.

Olvido. Incapacidad del individuo para rememorar un fragmento de información que está seguro que existe en su memoria. / Las teorías del olvido se basan principalmente en tres aspectos: 1) El olvido por interferencia: se refiere a que las personas olvidan sobre todo aquellos engramas (son la base de la memoria pues son los lugares donde ésta se almacena) que se construyen sobre materias similares. Se debe a una mala fijación, produciéndose una interferencia; 2) El olvido por desuso: la información se debilita cuando no se usa. Su causa es el paso del tiempo sin usar un tema. Sólo con el repaso se pueden recuperar los engramas; y 3) El olvido psicoanalítico o motivado: aquel que proviene de la voluntad. Es un olvido total, ya que desaparece el posible rastro de un suceso, debido a que produce malestar, dolor, etc. El resultado es la desaparición de los engramas. / V. *Memoria*.

Omnipotencia. En el marco del Trastorno Narcicista de la Personalidad, se refiere a episodios en los que un individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo pensando o actuando como si dispusiera de poderes o capacidades especiales y fuera superior a los demás.

Onicofagia. Hábito de morderse las uñas.

Onírico. Relativo al mundo de los sueños.

Ontogenia. Evolución del organismo individual o de alguna de sus partes desde su concepción en adelante. Mientras la ontogenia dura apenas el tiempo de vida de un ser (por ejemplo 70 años), la filogenia abarca siglos o milenios. En algunos aspectos, la primera parte de la ontogenia (el desarrollo embriológico) repite o refleja de manera modificada la filogenia.

Operante. Conducta que no está bajo el tipo de control de un estímulo elicitador antecedente, y cuya clase ha sido reforzada por sus consecuencias en ocurrencias anteriores (V. *Conducta*).

Opiáceos. Sustancias derivadas del opio que poseen dos efectos principales: analgésico y euforizante. No son estimulantes como la cocaína, ni sedantes como los barbitúricos. Producen una sensación descrita como de calma e increíble lucidez. Sus efectos secundarios son: 1) Efecto adictivo, principalmente en las personas que los utilizan por su

acción euforizante y no por su acción analgésica; 2) Tolerancia: la persona requiere dosis cada vez mayores, lo que hace que fácilmente se sobredosifique; 3) Inhiben los mecanismos que controlan la respiración, su principal complicación mortal; y 4) Desencadenan vómito. Los opiáceos más conocidos son la morfina, la heroína, la meperidina y la codeína.

Opio. Sedativo que se obtiene de los jugos de la amapola (*papaver somniferum*). Ha sido usado a través de la historia como un medicamento *ansiolítico* y como una droga recreacional.

Organicismo. Organicista es un término genérico que se aplica a todas las teorías que subrayan el origen físico (orgánico) de las enfermedades, incluyendo las mentales.

Organización. Las organizaciones son unidades sociales o agrupaciones humanas deliberadamente construidas o reconstruidas para alcanzar fines específicos. Tienen tres características básicas: 1) La división del trabajo y el poder: cada uno hace lo suyo; 2) Tienen uno o varios centros de poder que dirigen la organización hacia sus fines, y se autocontrola y auto-revisa; y 3) Los miembros de una organización son sustituibles (reemplazables). Las organizaciones buscan ser racionales, tanto que a veces sojuzgan al individuo; pero no todo lo que aumenta la racionalidad reduce la felicidad, y no todo lo que aumenta la felicidad reduce la eficiencia. Sin embargo, racionalidad y felicidad normalmente van juntas. La cuestión es: cómo hacer organizaciones lo más racionales posibles y al mismo tiempo que produzcan el mínimo efecto indeseable sobre el individuo. Básicamente, hay tres teorías que explican las organizaciones: 1) Formal, o Escuela de la Administración Científica; 2) Informal, o Escuela de las Relaciones Humanas; y 3) Estructuralista, o síntesis de los dos anteriores. /

Organización cognitiva. (Psi. cogn.) Es, junto a la adaptación y el equilibrio, uno de los tres principios interrelacionados a través de los cuales se logran la asimilación y acomodación en el proceso de crecimiento cognitivo. Es una tendencia a crear sistemas que reúnan todo el conocimiento que tiene una persona sobre el medio. Desde la infancia, las personas tratan de dar un sentido a su mundo organizando su conocimiento. El desarrollo progresa desde estructuras organizacionales simples a otras más complejas; la organización más compleja surge a medida que el sujeto adquiere más información.

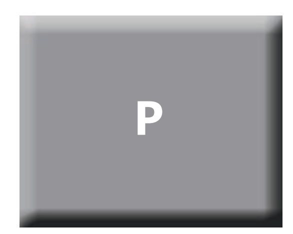
Orgasmo. Acción refleja provocada por la estimulación sexual; es el punto culminante del placer durante dicha excitación.

Orientación. Fromm habló de cinco tipos de personalidad, las cuales llama orientaciones en términos económicos. Estas son: 1) **Orientación receptiva**: personas que esperan conseguir lo que necesitan; si no lo consiguen de forma inmediata, esperan. Creen que todas las cosas buenas y provisiones provienen del exterior de sí mismos. Esta orientación está asociada a familias simbióticas, especialmente donde los niños son "absorbidos" por sus padres y con la forma masoquista (pasiva) de autoritarismo; 2) **Orientación explotadora**: estas personas esperan conseguir lo que desean a través de la explotación de otros. De hecho, las cosas tienen un valor mayor cuando son tomadas de otros: la dicha es preferiblemente robada, las ideas plagiadas, y el amor se consigue basándose en coerción; 3) **Orientación acaparadora**: las personas que acumulan tienden a mantener consigo esas cosas. Consideran al mundo como posesiones y como potenciales posesiones. Incluso los amados son personas para poseer, mantener o comprar; 4) **Orientación de venta**: esta orientación espera vender. El éxito es una cuestión de cuán bien

puedo venderme; de darme a conocer. Mi familia, mi trabajo, mi escuela, mi ropa; todo es un anuncio, y debe estar “perfecto”. Incluso el amor es pensado como una transacción; 5) **Orientación productiva**: es una personalidad más sana, a la que Fromm ocasionalmente se refiere como la persona que no lleva máscara. Esta es la persona que sin evitar su naturaleza social y biológica, no se aparta nunca de la libertad y la responsabilidad. Proviene de una familia que ama sin sobresaturar al sujeto; que prefiere las razones a las reglas y la libertad sobre la conformidad.

Orientación sexual. Dirección de los sentimientos o conductas sexuales hacia individuos del sexo opuesto (heterosexualidad), del mismo sexo (homosexualidad), o alguna combinación de ambos (bisexualidad). / Atracción constante hacia otra persona en el plano emotivo, romántico, sexual o afectivo. Es diferente de la conducta sexual pues está referida a emociones y la conciencia de sí mismo. Las personas podrían, o no, expresar su orientación sexual en sus conductas. La orientación sexual resulta de la compleja interacción de factores ambientales, cognoscitivos y biológicos. La orientación sexual de la mayor parte de las personas queda configurada en su temprana edad. Hay pruebas recientes que los aspectos biológicos, incluyendo factores hormonales innatos y genéticos, tendrían un importante papel en la sexualidad de la persona. Es importante admitir que hay muchos factores que explican la orientación sexual de una persona, y estas razones son diferentes para cada persona.

Orientación vocacional. Tareas que realizan los psicólogos especializados cuyos destinatarios son las personas que enfrentan en determinado momento de su vida –por lo general el pasaje de un ciclo educativo a otro- la posibilidad y la necesidad de ejecutar decisiones. Esto hace de la elección un momento crítico de cambio en la vida de los individuos. De cómo las personas enfrenten y elaboren ese cambio dependerá el desarrollo ulterior, ubicable en algún punto del *continuum* que va de la salud a la enfermedad, como quiera que ellas sean concebidas. / La orientación vocacional es en sentido estricto, la intervención tendiente a facilitar el proceso de elección de objetos vocacionales. Y en un sentido amplio –y tal vez más importante- es una experiencia a través de la cual se intenta dilucidar algo acerca de la forma particular que cada sujeto tiene de vincularse con los otros y con las cosas, es decir, de reconocer su posición subjetiva en tanto sujeto deseante, y desde allí poder proyectarse hacia el futuro.



Paciente designado. Miembro de la familia cuya conducta se rotula problemática. Aplicar este rótulo a un individuo puede llevar a clasificar de manera incorrecta a la familia entera (p.e. hablar de "familias esquizofrénicas" o de "familias drogadictas").

Pánico. Episodio agudo de los estados de ansiedad caracterizado por un miedo intenso e irracional. Forma extrema de ansiedad que puede resultar en parálisis temporal o desmayo.

P

Paradigma. Modelo o modo de conocer, que incluye tanto una concepción del individuo o sujeto cognoscente como una concepción del mundo en que éste vive y de las relaciones entre ambos. Esto supone un conjunto sistemático de ideas y de prácticas que rigen las interpretaciones acerca de la actividad humana, acerca de sus productores, de su génesis y de sus efectos sobre las personas y sobre la sociedad, y que señalan modos preferentes de hacer para conocerlos .

Parafasia. Es un tipo de afasia amnésica, caracterizado por las sustituciones de palabras. Pueden ser **fonéticas**, cuando una palabra es reemplazada por otra de sonido similar (vaso por lazo, por ejemplo), o **semánticas**, cuando la sustitución es por una palabra de la misma categoría semántica (vaso por plato, por ejemplo). En las personas parafásicas puede estar seriamente perturbada la capacidad de repetir los que se oye, función bastante sencilla tanto para un niño como para un adulto, incluso con enfermedad cerebral o compromiso del estado de conciencia.

Parafilia. Desviación sexual caracterizada por intensas y repetidas necesidades, fantasías o conductas sexuales que generalmente implican objetos anómalos -animales, objetos inanimados, niños-, formas de relación anómalas como sufrimiento o humillación propia o del compañero, o relaciones con personas que no lo consienten (V. *Exhibicionismo*, *Fetichismo*, *Fetichismo transvestista*, *Frotteurismo*, *Masoquismo sexual*, *Pedofilia*, *Sadismo sexual* y *Voyeurismo*).

Parálisis del sueño. Uno de los síntomas de la narcolepsia (trastorno de sueño) (V. *Narcolepsia*).

Paranoia. Delirio interpretativo que evoluciona de forma progresiva, con una lógica aparentemente perfecta y sin deterioro intelectual. Es raro que la paranoia se establezca de forma pura, por eso es más conveniente hablar de personalidad paranoica, cuyos rasgos esenciales son una exagerada susceptibilidad, una hipervaloración del yo, desconfianza y una construcción mental peculiar.

Parasomnias. Uno de los grupos en los que se clasifican los trastornos de sueño. Se asocian con el sueño, pero son alteraciones propiamente en la fisiología del dormir. Se consideran fenómenos intrusivos. / **Parasomnias del sueño no-REM**: es el grupo más grande y conocido de parasomnias. Las características que tienen en común son: se presentan principalmente en las fases 3 y 4 del sueño no-REM; por lo general son trastornos benignos que no requieren tratamientos enérgicos; son más co-

munes en los niños, y lo común es que desaparezcan con el desarrollo; tienen un componente familiar; sus episodios se pueden asociar con eventos importantes en la vida del niño y con factores emocionales intensos. Las principales parasomnias de este tipo son: **somniloquia** (hablar dormido), **sonambulismo**, **enuresis** (incontinencia urinaria durante el sueño) y **terrores nocturnos. / Parasomnias del sueño REM**: también llamada "sueño REM sin atonía" (sin pérdida del tono muscular) o "trastorno conductual del sueño REM". Estas personas no presentan relajación muscular durante el sueño y actúan sus sueños. / V. *Sonambulismo*, *Terrores nocturnos* y *Trastorno por pesadillas*.

Parestesia. Sensaciones anormales como hormigueo, adormecimiento o ardor que se experimentan en la piel y en los nervios periféricos. Algunos pacientes sufren espasmos o "tirones" en las extremidades. A pesar de que muchos de estos síntomas podrían implicar una enfermedad en los nervios periféricos, exámenes específicos de estos nervios demuestran casi siempre resultados normales.

Parkinson. V. *Enfermedad de Parkinson*.

Participación. Proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una va riedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado a valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales. / (Psi. Comunitaria) Proceso social por medio del cual el sistema de decisiones se abre a la influencia de diversos grupos y clases sociales, así como a las distintas tendencias políticas e ideológicas que tratan de representar esos grupos y clases. Siempre supone una afectación del sujeto (constitución, inclusión, producción y compromiso).

Parto. Expulsión del bebé a través del canal vaginal. El trabajo de parto se da en tres etapas: 1) es la más larga; tiene una duración de entre doce y veinticuatro horas. Durante esta etapa, las contracciones uterinas dan lugar a que el cérvix se dilate lo suficiente para permitir el paso del bebé; 2) dura alrededor de una hora y media, y comienza cuando la cabeza del bebé comienza a moverse a través del cérvix hacia el canal vaginal, y termina cuando el bebé sale del cuerpo de la madre; y 3) dura pocos minutos. En ésta, se corta el cordón umbilical y se limpia lo que queda de la placenta.

Patobiografía. Estudio psicoanalítico de un carácter histórico basado en las pruebas biográficas disponibles y no en una observación clínica directa (p.e. el estudio freudiano sobre Leonardo da Vinci). Este género sufre la grave limitación de que uno de los criterios clínicos de la interpretación correcta, el acuerdo del paciente con ella, no está presente.

Patofobia. Temor excesivo a las enfermedades.

Pedofilia. Parafilia caracterizada por la presencia, durante un período de al menos seis meses, de fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes e impulsos sexuales o comportamientos que implican actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos). Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. La persona tiene al menos 16 años y es por lo menos 5 años mayor que el niño o los niños. Se clasifica como: con atracción sexual por los hombres, con atracción sexual por las mujeres y con atracción sexual por ambos sexos. Puede limitarse al incesto o ser de tipo exclusivo (atracción sólo por los niños).

Pensamiento. Término genérico que indica un conjunto de actividades mentales

tales como el razonamiento, la abstracción, la generalización, etc., cuyas finalidades son, entre otras, la resolución de problemas, la adopción de decisiones y la representación de la realidad externa. / Conjunto de cualidades en el ser humano cuya función es interpretar y comprender el mundo, reflexionar consciente y racionalmente sobre su propia existencia y solucionar efectivamente las dificultades que le impone el medio ambiente. / **Pensamiento automático**: aquel que surge en forma espontánea, es muy breve y hasta puede no reconocerse, a menos que se ayude a la persona a registrarlo (p.e. pensamientos negativos sobre uno mismo o sobre algún peligro). Son pensamientos que reflejan la valoración no objetiva que hace el sujeto de la situación objetiva actual. / **Pensamiento convergente**: tipo de pensamiento que busca una única respuesta "correcta" (usualmente la tradicional). / **Pensamiento divergente**: tipo de pensamiento que propone posibilidades nuevas e inusuales. / **Pensamiento mágico**: creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas. El pensamiento mágico puede formar parte del desarrollo normal del niño. / Según Jung, es una de las funciones o maneras de lidiar con el mundo. Pensar supone evaluar la información o las ideas de forma racional y lógica. Jung llamó a esta función como racional, o la toma de decisiones con base en juicios, en vez de una simple consideración de la información.

Pensamiento post-formal. De acuerdo con la teoría de Piaget, es el más alto nivel de pensamiento, característico de la adultez. Es flexible, abierto y adaptativo de manera que va más allá de la lógica abstracta. Posibilita la combinación de lo objetivo (elementos racionales o lógicos) con lo subjetivo (elementos concretos, o basados en la experiencia personal), lo que ayuda a las personas a tomar en cuenta sus propios sentimientos y experiencias. El pensamiento flexible permite a las personas aceptar las inconsistencias, las contradicciones y la imperfección, y comprometerse en la resolución de los problemas cotidianos. El pensamiento post-formal se apoya en la subjetividad y la intuición, así como en la lógica pura característica del pensamiento de las operaciones formales. Las personas adultas personalizan su razonamiento, usando los frutos de su experiencia cuando necesitan lidiar con situaciones ambiguas. Así, la experiencia contribuye a la habilidad de los adultos para resolver problemas prácticos. Este tipo de pensamiento también se caracteriza por un cambio de la polarización (p.e. bueno versus malo, mente versus cuerpo) a la integración de conceptos, proceso que conduce a une manera más efectiva de pensar sobre cuestiones morales. Los individuos reconocen la existencia de varios puntos de vista diferentes; aceptan su propia incertidumbre; perciben todo el conocimiento y los valores como relativos; reconocen que las diferentes sociedades e individuos tienen sus propios sistemas de valores. / Los criterios para reconocer cuándo una persona está haciendo uso de este tipo de pensamiento son: 1) mecanismos de cambio: habilidad para desplazarse hacia delante y hacia atrás, del razonamiento abstracto a las consideraciones prácticas del mundo real; 2) causalidad múltiple, múltiples soluciones: percatarse de que la mayoría de los problemas tienen más de una causa y más de una solución, y que algunas soluciones tienen más probabilidad de éxito que otras; 3) pragmatismo: habilidad para elegir la mejor de varias soluciones posibles y de reconocer los criterios utilizados en la elección; y 4) percatarse de lo paradójico: reconocimiento de que un problema o solución involucra un conflicto inherente.

Pensamiento operacional. V. *Etapa de las operaciones concretas*.

Pensamiento preoperacional. V. *Etapa preoperacional*.

Percepción. Continuación fisiológica del proceso de sensación, que implica la transformación del mundo físico en imágenes mentales. Estas imágenes mentales tienen características diferentes de la realidad física externa, pues se forman únicamente de la información pertinente, con la exclusión de datos redundantes, de ahí que se hable de la existencia de un filtrado en la información. La percepción no es un proceso pasivo, pues el organismo vivo que percibe está poniendo algo de sí para lograrlo adecuadamente. / El principio de organización de la percepción es un fenómeno totalmente a priori, que se adquiere durante el aprendizaje natural infantil y tiene fines adaptativos. El intento de analizar los componentes sensoriales de una entidad percibida siempre requiere un esfuerzo introspectivo y al principio incluso un aprendizaje, un entrenamiento para invertir el proceso inconsciente y automático de organizar. Existen varios principios de organización de la percepción. Los básicos son: 1) Proximidad de los elementos entre sí. Esta tendencia, que al igual que todas tiene fines adaptativos, facilita a la percepción conformar objetos con contornos paralelos; 2) Semejanza; 3) Completamiento de figuras: si una figura está incompleta el perceptor la completa en su mente; 4) Continuidad; 5) Familiaridad; y 6) Estado. / **Alteraciones de la percepción**: 1) Aglutinación perceptiva: percepción unitaria de sensaciones que en la realidad se producen de forma diferenciada; 2) Distorsión perceptiva: percepción alterada de las características físicas objetivas de los estímulos que se producen en el exterior; 3) Engaño perceptivo: experiencia perceptiva nueva que suele convivir con el resto de las percepciones "normales", o bien no se fundamenta en estímulos realmente existentes, fuera del individuo (como las alucinaciones y algunas pseudopercepciones), o bien se mantiene y/o activa a pesar de que el estímulo que produjo la percepción inicial ya no se halla físicamente presente; y 4) Escisión perceptiva: percepción desintegrada de los diversos elementos de un mismo estímulo. Puede ceñirse a las formas (morfolisis) o a la disociación entre color y forma (metacromías). / **Exterocepción**: aquello que es captado por los sentidos externos. / **Propiocepción**: percepción de lo somático.

Perfil. Representación gráfica de los resultados de un test o batería de tests. / **Rasgos particulares que caracterizan a una persona y, por supuesto, le sirven para diferenciarse de otras.** / En lo que respecta al perfil profesional, se habla de los requerimientos básicos o fundamentales (condiciones indispensables sin las cuales será imposible un rendimiento "normal" en un puesto o cargo) y de los requerimientos adicionales o complementarios (características que, combinadas con los requisitos básicos, permitirían un "rendimiento superior".

Período crítico. Tiempo o momento específico durante el desarrollo en el cual un evento dado tiene o tendrá su mayor impacto. Este concepto ha sido aplicado tanto al desarrollo físico como al psicológico.

Permanencia de objeto. Concepto cognitivo desarrollado por el infante en la etapa sensoriomotriz del desarrollo cognitivo. Consiste en darse cuenta que un objeto o persona continúa existiendo aún cuando no está a la vista. Inicialmente, el infante no tiene este concepto. Hacia la tercera subetapa (reacciones circulares secundarias), buscará algo que se le ha caído, pero si no ve ninguna parte del objeto, actúa como si éste ya no existiera. Hacia la sexta subetapa (combinaciones mentales), el infante puede seguir una serie de desplazamientos,

buscando un objeto en el último lugar donde estaba escondido, aún si no lo puede ver. La permanencia de objeto es la base de la conciencia que adquiere el niño de que existe aparte de los objetos y de las otras personas. Permite al niño cuya madre o cuidador ha abandonado la habitación seguir sintiéndose seguro, sabiendo que su madre o el cuidador sigue existiendo y regresará. Es esencial para comprender el tiempo, el espacio, y un mundo lleno de objetos y eventos (V. *Etapa sensoriomotriz*).

Persona. El individuo entendido como ser vivo dotado de conciencia. / Según Jung es la máscara que debe utilizar el sujeto en su vida cotidiana, con lo cual este no muestra toda su personalidad, sino una parte, porque no controla esta totalidad. En cada situación social, el individuo usará diferentes máscaras: será un niño con la madre, un alumno con el profesor, etc. La persona sirve para cubrir la vida íntima del individuo frente a los demás, y al mismo tiempo permite al individuo adaptarse al medio en los términos que más le conviene (la sociedad tiende a categorizar, y elegir una persona es ubicarse en una categoría). Asumiendo distintas formas, la persona termina identificándose con el yo (que es una pequeña parte de la conciencia), constituyéndose así un "complejo del yo". Por yo Jung entiende "un complejo de representaciones que constituye el centro de mi zona consciente y que me parece de máxima continuidad e identidad". La persona es representada en los sueños y otras formaciones simbólicas bajo diversas formas: un anciano, un payaso, un vagabundo, etc. La persona representa siempre la actitud consciente, por lo que está en el polo opuesto al inconsciente, y todos los fines de la persona estarán contrapesados por fines equivalentes en el inconsciente: una persona "buena" sufrirá fuertes presiones para ser mala o inmoral, etc., a una persona muy "científica" el inconsciente lo presionará para ser irracional, etc. Un extremo en la persona será equilibrado por un extremo en el inconsciente: cuanto más el sujeto extreme las cosas conscientemente, por ejemplo cuanto más quiera mostrar algo, más querrá ocultar lo inconsciente.

Personalidad. Patrón global de rasgos comportamentales, temperamentales, emocionales, mentales y de carácter, que dan lugar a la manera única y relativamente consistente de una persona de sentir, pensar y comportarse. / (Psicoan.) Es el conjunto de rasgos y tendencias especiales, formas específicas de ser y reaccionar que le otorgan una singularidad biopsicológica. En cierto sentido, todos tenemos características comunes y, al mismo tiempo, no hay dos personas que sean exactamente iguales. Lo singular del ser humano es más auténtico y evidente, mientras mayor sea su madurez y su sanidad, su salud mental. El concepto de personalidad es complejo y constituye el resultado de una serie de factores de orden genético, ambiental, social, relacionados con el aprendizaje y la identificación con las primeras figuras significativas del niño. De los elementos constituyentes de la personalidad se destacan dos tipos, que configuran la primera de una conjunción de agentes que Freud denomina "series complementarias". El primer agente está determinado por lo constitucional, conformado por dos tipos de elementos básicos: 1) Lo genético, que se conforma en el ser humano en el momento de la unión de la esperma y el óvulo, vale decir, el mapa genético; y 2) Lo innato, que sin depender directamente de lo genético, nace con el niño. El aprendizaje, la identificación, el ambiente, el modelo social troquelan el segundo agente. La teoría psicoanalítica concede especial importancia a las primeras relaciones interpersonales, a los primeros patrones de interacción humana, que se convertirán en el modelo de las relaciones poste-

riores; no minimiza, en manera alguna, las influencias ulteriores, sin embargo, una experiencia traumática temprana, tal como el abandono prematuro de la madre, tendrá más influencia negativa en el yo más frágil y menos estructurado del lactante. Las vivencias posteriores, si son positivas, pueden corregir la distorsión de la personalidad; no obstante, se trata ya de un proceso de reparación de algo que se estropeó, hasta cierto punto, en forma irremediable. Así mismo, la relación satisfactoria en los primeros meses de la vida proporciona al niño un reservorio de seguridad, que le será necesario para manejar las vicisitudes de su existencia. Si el equipo congénito es débil, los estímulos adversos coadyuvarán a establecer un umbral más bajo de entrega y retirada. A la inversa, si la biología del niño es fuerte, se requerirán situaciones traumáticas muy intensas y repetitivas, antes que la persona sucumba. De la misma manera, la debilidad congénita de un niño puede ser compensada en mayor o menor grado por los cuidados de una madre intuitivamente amorosa, de una figura paterna estable y de una familia bien estructurada, regida por un código de valores coherentes. En otro aspecto, la teoría psicoanalítica no niega ni minusvalora la importancia de la determinación genética; pero hay pocas posibilidades de modificar el mapa genético de un paciente neurótico o psicótico y el énfasis pragmático natural se hace sobre la distorsión aprendida, dado que sobre ella se puede actuar con probabilidades moderadas de cambio constructivo, ya que la evolución dinámica de un ser humano no se detiene en los primeros años de la vida, si bien estos están revestidos de una fundamental importancia. / La teoría del desarrollo psicosocial de Erikson traza el desarrollo de la personalidad a lo largo del ciclo vital. Hace énfasis en las influencias culturales y sociales sobre el yo en cada uno de los ocho períodos o etapas. Cada una de éstas implica una crisis en la personalidad, que envuelve un conflicto. Cada crisis es un punto fundamental para enfrentarse con un asunto que es particularmente importante en cada etapa. Las crisis emergen de acuerdo a un "itinerario" basado en el nivel de maduración de la persona. Si el individuo se ajusta a las demandas de cada crisis, el yo se desarrollará hacia la crisis siguiente; si la crisis no es satisfactoriamente resuelta, la lucha contínua con ésta interferirá en el desarrollo saludable del yo. La resolución exitosa de las ocho crisis requiere el balance entre un rasgo positivo y uno negativo correspondiente. Aunque el rasgo positivo debería predominar, también se requiere en cierto grado el rasgo negativo. Las ocho etapas son: Confianza básica versus Desconfianza básica (v. *Infancia*); Autonomía versus Vergüenza y duda (v. *Infancia*); Iniciativa versus Culpa (v. *Niñez*); Laboriosidad versus Inferioridad (v. *Niñez*); Identidad versus Confusión de identidad (v. *Adolescencia*); Intimidad versus Aislamiento (v. *Adultez*); Generatividad versus Estancamiento (v. *Adultez*); e Integridad versus Desesperación (v. *Adultez*). / V. *Orientación*. / **Personalidad antisocial**: v. *Sociopatía*.

Persuasión. (Psicoan.) Reside en transmitir a un paciente la convicción de algo que el terapeuta ha entendido sobre él, mediante la utilización de mecanismos predominantemente intelectuales. Los mecanismos dinámicos que actúan en la persuasión son también la identificación y la proyección, pero basados en la función sintética del yo. Hay elementos de persuasión en toda interpretación, por neutral que pretenda ser; además, el encuadre proporciona la oportunidad de crear y fomentar el yo observador del paciente.

Perversión. (Psicoan.) Cuando la personalidad acepta y actúa los deseos instintivos infantiles, prohibidos, el cuadro clínico corresponde a la perversión, definida como un patrón sexual de relación

en el que predominan componentes arcaicos y parciales. Para considerarse perversión, debe ser la forma exclusiva o francamente predominante de satisfacción sexual.

Pesadilla. Sueño con carácter terrorífico y angustioso que carece de significado patológico si no es muy intenso o repetitivo.

Pica. Trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez, caracterizado por la ingestión persistente de sustancias no nutritivas, y en el cual la conducta ingestiva no forma parte de prácticas sancionadas culturalmente.

Piromanía. Trastorno del control de impulsos caracterizado por la provocación deliberada e intencionada de un incendio en más de una ocasión; tensión o activación emocional antes del acto; fascinación, interés, curiosidad acerca de o atracción por el fuego y su contexto situacional, y bienestar, gratificación o liberación cuando se inicia el fuego, o cuando se observa o se participa en sus consecuencias. El incendio no se provoca por móviles económicos, como expresión de una ideología sociopolítica, para ocultar una actividad criminal, para expresar cólera o venganza, para mejorar las propias circunstancias de la vida, en respuesta a una idea delirante o a una alucinación, o como resultado de una alteración del juicio (p. e. en la demencia, retraso mental, intoxicación por sustancias).

Placebo. Sustancia farmacológica o tratamiento sin ningún efecto pero que proporciona alivio al paciente por un fenómeno de persuasión.

Poder. Habilidad para controlar a otros físicamente a través de la manipulación del premio o del castigo, o a través de la manipulación de la información. Implica que otros no tengan otra alternativa porque no son lo suficientemente fuertes para tomar una determinación o porque no cuentan con los recursos necesarios para hacerlo. Es lo que los sociólogos llaman "autoridad no legítima". La autoridad legítima, por otra parte, implica que los subordinados obedecen voluntariamente porque aceptan también el sistema por medio del cual se llegó a ese nivel de autoridad para dar órdenes, es decir, le reconocen a la persona que tiene autoridad el derecho de mandar. / Capacidad de un *individuo* o grupo de individuos para modificar la conducta de otros individuos o *grupos* en la forma deseada, y de impedir que la propia conducta sea modificada en la forma en que no se desea. / Para Foucault, el poder no es una institución, no es una estructura ni una fuerza de la que dispondrían algunos: es el nombre que se le da a una situación estratégica compleja en una sociedad dada; no es una propiedad sino una estrategia; por ello, no se posee sino que se ejerce.

Polarización. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo viéndose a sí mismo o a los demás como completamente buenos o malos, sin conseguir integrar en imágenes cohesionadas las cualidades positivas o negativas de cada uno. Al no poder experimentar simultáneamente afectos ambivalentes, el individuo excluye de su conciencia emocional una visión y unas expectativas equilibradas de sí mismo y de los demás. A menudo, el individuo idealiza y devalúa alternativamente a la misma persona o a sí mismo: otorga cualidades exclusivamente amorosas, poderosas, útiles, nutritivas y bondadosas o exclusivamente malas, odiosas, coléricas, destructivas, repelentes o inútiles.

Polisomnografía. Monitoreo de diferentes variables fisiológicas durante el sueño. Las que con más frecuencia se registran son: 1) La actividad eléctrica del cerebro (electroencefalograma o

EEG); 2) La actividad del corazón (electrocardiograma o EKG); 3) La actividad muscular (electromiografía); 4) Los movimientos oculares; y 5) Otras funciones biológicas como la frecuencia respiratoria, la temperatura, etc.

Posición depresiva. (Psicoan.) Definida por Klein como el conjunto de los procesos integrativos, que considera se llevan a cabo alrededor del sexto mes de la vida del niño, y que se alternan a lo largo de la existencia con fenómenos de orden menos estructurador, en un perpetuo interjuego dinámico. La posición depresiva implica que el yo cae en la cuenta que ha dañado el objeto dotado de características de bondad y capacidad de síntesis. Y, al comprender esto, hace un intento genuino de recomponer lo que ha estropeado. Este mecanismo, que Klein llama reparación, constituye, igualmente en su sentir, uno de los elementos básicos de la posibilidad de rescatarse mediante la conquista de la relación objetal. A medida que el niño va configurando los procesos de integración de lo bueno y lo malo, que no tienen que estar ya separados y disociados (v. *ambivalencia*), se instala en la posición depresiva (V. *Defensa*).

Praxia. Sistema de movimientos coordinados en función de un resultado o de una intención. / Capacidad de realizar de manera voluntaria, series de movimientos o programas motores simples y complejos previamente aprendidos.

Praxis. Acción de llevar algo a cabo. / Práctica, actividad práctica o conjunto de actividades prácticas que realiza el ser humano. / En la filosofía moderna, el concepto de praxis suele identificarse con un componente fundamental de la filosofía marxista que destaca la importancia de las actividades de transformación del mundo frente a una pura actitud teórica de los problemas. / Para Paulo Freire, es la práctica reflexionada conducente a teoría que a su vez induce práctica. Es reflexión y acción como unidad indosoluble, par dialéctico que se repite incesantemente en toda práctica social. Por medio de la praxis el hombre conoce el mundo natural, el mundo creado por él y se conoce como hombre como ser genérico. Cobra conciencia de sí y se sabe distinto a los demás seres. Toma conciencia del tiempo (pasado-presente-futuro) y se reconoce como ser finito. El hombre desde que surge como tal, surge como un ser de la praxis.

Preconsciente. (Psicoan.) Es uno de los tres estratos del aparato psíquico, desde el punto de vista topográfico. En él se encuentran contenidos (ideas, afectos, fantasías, recuerdos) que no se pueden alcanzar sino al vencer un cierto obstáculo. A veces tenemos dificultad, por ejemplo, para recordar un nombre o evocar una melodía. Con un esfuerzo relativamente pequeño, empero, los contenidos más superficiales de los preconsciente logran pasar al estrato inmediatamente superior; no así los más profundos, que se ligan con el inconsciente y que se imbrincan con sus derivados. Desde el punto de vista topográfico, en lo que concierne a la función en sí, se cuenta con dos sistemas operativos: 1) El sistema inconsciente (sistema inc), regido por el proceso primario, con energía continuamente móvil, y 2) El sistema preconsciente-consciente (sistema prec-cc), gobernado por el proceso secundario y caracterizado por sistemas de carga fijados y ligados a representaciones ideativas, lo que permite que se estructure el pensamiento lógico. El preconsciente tiene una doble función: desde el punto de vista topográfico constituye un paso obligado entre lo inconsciente, inaccesible por sí mismo, y la conciencia; por otra parte, es en el preconsciente donde se forman los símbolos, ideas y conceptos que proporcionan a lo inconsciente la posibilidad de vehiculizar sus contenidos, al producirse el eslabonamiento entre la energía que proviene del inconsciente y la formación simbólico-conceptual.

Predictibilidad. (Psi. cond.) Dentro del condicionamiento, se habla de predictibilidad cuando el individuo puede predecir la ocurrencia del estímulo ya sea porque existe una señal externa que lo antecede en forma confiable o una señal temporal como cuando el estímulo aversivo se presenta cada cierto período fijo de tiempo.

Prefrontal, corteza. V. *Lóbulo frontal*.

Prejuicio. Ideas y creencias negativas y reduccionistas sobre una persona o grupo de personas. No se basan en una información o experiencia suficiente como para alcanzar una conclusión rotunda. Literalmente se define como un "juicio previo". Categoría de pensamientos y/o creencias que no han sido adecuadamente procesadas a partir de conocimientos científicamente comprobables. Los prejuicios se estructuran a partir de situaciones subjetivas basadas en expectativas, deseos y/o temores individuales que no siempre han sido procesados correctamente desde un punto de vista consciente. Esto hace que muchas veces adquiera un carácter irracional con bastantes puntos de contacto con los delirios, entre los que sobresale lo que Freud llamaba 'el núcleo de verdad histórico' de los mismos. Una vez que este prejuicio ha sido construido adquiere fuerza propia y actúa sobre los individuos determinando su forma de pensar y las conductas que a partir de allí se implementan.

Prevención. Proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fundamentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante problemáticas o fenómenos particulares. **/ Prevención de respuesta** (Psi. Cond.): consiste en impedir con fines terapéuticos que se lleven a cabo determinados comportamientos a extinguir y que usualmente se presentaban frente a ciertos estímulos. / **Prevención indicada**: conjunto de acciones encaminadas a un grupo objetivo (grupo diana) compuesto por sujetos que ya han usado sustancias; éstos no necesariamente presentan criterios diagnósticos de adicción, pero muestran algunos signos (Sanz, Llivina, Suelvez, Jiménez y Martínez, 2004). Son considerados como grupos de alto riesgo no sólo aquellos que consumen, sino también aquellos cercanos a la producción y/o potencialmente involucrados en el tráfico. Estos programas generalmente son más extensos e intensivos y deben ser llevados a cabo únicamente con sujetos a quienes se haya identificado bajo factores de alto riesgo (problemas emocionales, de comportamiento, delictivos, etc); estar diseñados para detener la progresión del abuso de sustancias o desórdenes relacionados; y valorar específicamente los factores de riesgo individuales y los problemas de conducta. / **Prevención primaria:** concepto comunitario que implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante un período dado, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir la enfermedad. / **Prevención selectiva**: va dirigida a un subgrupo que presenta una propensión mayor a desarrollar una problemática particular debido a la presencia de determinados factores biológicos, psicológicos, sociales o ambientales, al que se denomina grupo de riesgo. Para su efectividad, estos programas deben ser prolongados e intensivos; deben incluir actividades directamente orientadas a reducir los factores de riesgo identificados en el grupo; requieren un equipo de personas con formación específica; y las actividades están más relacionadas con la vida diaria de los participantes e intentan cambiarla en una dirección concreta. / **Prevención universal**: desarrollo de estrategias y acciones generales no muy intensas que intentan dotar de herra-

mientas generales a una población seleccionada (por ejemplo, competencias comunicativas, pensamiento crítico) respecto a una problemática identificada. Con ello se busca prevenir los factores que dan lugar a problemáticas particulares, a través de campañas en diferentes medios y de educación pública para informar a la gente sobre los programas. Estos programas generalmente son más cortos y menos intensivos que las estrategias de prevención indicada y selectiva. No es necesario que el personal esté tan bien entrenado porque estos enfoques generalmente están soportados por videos y otros materiales altamente estructurados.

Principio de Premack. Si suponemos que dos de las acciones que componen el repertorio de conductas de un organismo presentan distinto grado de probabilidad en cuanto a su acaecimiento: una de ellas tiene muchas probabilidades de ocurrir, y la otra, pocas probabilidades. El principio de Premack establece que la acción con alta probabilidad de ocurrencia puede emplearse para reforzar la de baja probabilidad.

Principio de realidad. V. *Principio del displacer-placer*.

Principio del displacer-placer. (Psicoan.) Teniendo en cuenta que el organismo tiende a mantener la tensión lo más cercana posible a cero (*principio de constancia* según Freud, *principio de nirvana* según Bárbara Low; ley de Fechner u homeóstasis de Cannon), se deriva el surgimiento de lo que Freud denomina el "primer principio del suceder psíquico", el principio del displacer-placer: a mayor carga, a mayor tensión, el organismo viviente experimenta mayor displacer y a mayor descarga, a menor tensión, experimenta mayor placer. Ejemplo: una persona puede sentir como placentera la carga producida por el apetito moderado, pero si este impulso, frente a la ausencia continuada de comida, no se descarga, la sensación se transforma en francamente displacentera y dolorosa. En el momento del comer se produce la descarga y la sensación subjetiva es de satisfacción y agrado. Este principio no se limita a los derivados instintivos primarios: constituye también el modelo básico para el manejo de frustraciones, expectativas, deseos y realizaciones. Freud asume que en los primeros meses de la vida el infante es regido casi totalmente por el **principio del placer**; posteriormente, y sobre la base de frustraciones y gratificaciones adecuadamente dosificadas, el principio del placer se complementa con el **principio de realidad**, que implica capacidad de espera, de aplazamiento y, por lo tanto, el comienzo del proceso del pensamiento. Bajo el dominio inicial del principio del displacer-placer, el niño siente la vida en términos de lo inmediato absoluto; a medida que se presentan las inevitables frustraciones y demoras, fracasa la omnipotencia y necesariamente se ve forzado a buscar soluciones que traigan consigo una disminución del displacer. Se comienza a instalar así el principio de realidad. el paciente esquizofrénico pierde, en forma parcial, aunque masiva, el logro laboriosamente adquirido por el niño; su mundo se rige por gratificaciones o frustraciones inmediatas y totalizantes. El psicópata jamás ha complementado el principio del displacer-placer con el de realidad; así, pues, es incapaz de cualquier tipo de espera frente a su necesidad de gratificación perentoria; no hay distancia entre la reflexión y la acción; no hay escrúpulos y no hay lealtad o código de valores que tenga validez, si se interpone entre él y su impulso.

Privación. Retención de un reforzamiento durante un período de tiempo, o la reducción de su asequibilidad, Diseñada para incrementar la efectividad del refuerzo.

Problema académico. Problema académico que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Un ejemplo es la existencia de un patrón gradual de fracaso o la presencia de pocos logros significativos en una persona con una capacidad intelectual adecuada en ausencia de un trastorno del aprendizaje o de la comunicación o cualquier otro trastorno mental que pudiera explicar el problema.

Problema biográfico. Problema asociado con una etapa del desarrollo o con otras circunstancias de la vida que no se debe a un trastorno mental o que, si es debido a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen problemas asociados con la incorporación al colegio, el abandono del control de los padres, el comienzo de una nueva profesión y los cambios relacionados con el matrimonio, el divorcio y la jubilación.

Problema de relación paterno-filial. V. *Problemas relacionales*.

P

Problema laboral. Problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. Los ejemplos incluyen la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional.

Problema religioso o espiritual. Problema religioso o espiritual. Los ejemplos incluyen el malestar que implica la pérdida o el cuestionamiento de la fe, los problemas asociados con la conversión a una nueva fe, o el cuestionamiento de los valores espirituales que pueden o no estar necesariamente relacionados con una iglesia organizada o con una institución religiosa.

Problemas conyugales. V. *Problemas relacionales*.

Problemas de aprendizaje. Desórdenes que interfieren con un aspecto específico del desempeño escolar. Los niños con problemas de aprendizaje típicamente tienen una inteligencia promedio o incluso por encima del promedio, y su visión y escucha son normales. Sin embargo, tienen problemas procesando la información que les llega a través de sus sentidos. Muchos desórdenes diferentes afectan uno o más aspectos del aprendizaje, incluyendo la lectura, el procesamiento de palabras habladas, la motricidad fina o gruesa, y el habla. La causa de la mayoría de estas discapacidades es desconocida. Pueden estar relacionadas con problemas comportamentales: los niños con este tipo de problemas tienden a orientarse menos hacia las tareas, se distraen con mayor facilidad, y tienen más dificultades para concentrarse que otros niños. Puede haber una falla en el procesamiento cognitivo; estos niños son menos organizados como aprendices y tienden menos a usar estrategias de memoria. La causa también puede ser fisiológica: se han encontrado algunas diferencias en el cerebro de las personas con problemas de aprendizaje. Se cree también que la transmisión genética de anormalidades cromosómicas puede jugar un papel importante. Los niños con un riesgo más alto de presentar problemas de aprendizaje son aquellos que tuvieron bajo peso al nacer, quienes tuvieron problemas de malnutrición, los que tienen un temperamento difícil, o los que vienen de familias caóticas. Entre las ayudas que se han utilizado para el manejo de este tipo de problemas, las más exitosas son las técnicas comportamentales que ayudan a la concentración, las técnicas para mejorar las destrezas básicas y el uso de estrategias cognitivas, el apoyo en la organización de la vida tanto fuera del colegio como dentro de éste, y la motivación del progreso en las áreas académicas y no académicas.

Problemas interpersonales relacionados con el abuso o la negligencia (**abusos físicos y sexuales**). El objeto de atención clínica es un maltrato grave de una persona por otra utilizando el abuso físico, el abuso sexual o la negligencia. Estos problemas son considerados importantes porque son objeto de atención clínica frecuente entre las personas visitadas por los profesionales de la salud. Son: abandono a un niño, abuso físico de un adulto, abuso físico de un niño, abuso sexual a un adulto y abuso sexual a un niño (V. *Abuso*).

Problemas relacionales. Los problemas de relación incluyen patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro clínicamente significativo de la actividad, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o a deterioro de la unidad relacional misma. Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica en uno o más miembros de la unidad relacional, pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno. Se clasifican así: 1) **Problema interpersonal relacionado con un trastorno mental o una condición médica general**: patrón de deterioro en la interacción que está asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica de un miembro de la familia; 2) **Problema de relación paterno-filial**: patrón de interacción entre padres e hijos (p. e. deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos; 3) **Problemas conyugales**: patrón de interacción entre cónyuges o compañeros caracterizado por una comunicación negativa (p. e. críticas), una comunicación distorsionada (p. e. expectativas poco realistas) o una ausencia de comunicación (p. e. aislamiento), que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o ambos cónyuges; y 4) **Problemas relacionales entre hermanos**: patrón de interacción entre hermanos que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o más hermanos.

Problematización. Concepto introducido por el educador brasilero Paulo Freire; consiste en el proceso de analizar críticamente el ser en el mundo "en el que y con el que" se está. Es responder al ser de la conciencia crítica que es su intencionalidad. Para lograrlo, la persona debe contradecir lo que recibe, lo establecido y estatuido, en beneficio de la actividad de producción de la comunicación como intercambio productivo, reflexionando en el diálogo. Es un proceso crítico de conocimiento en el cual se desecha el carácter natural relacionado con ciertos fenómenos, reflexionando sobre sus causas y sus consecuencias, de tal manera que el objeto cognoscible, en vez de ser el término del acto cognoscente de un sujeto, es el mediatizador de sujetos cognoscentes. La problematización conduce entonces a la desnaturalización (V. *Desnaturalización*).

Procedimiento. En metodología de la investigación, es el plan de actuación del investigador a la hora de recoger los datos en el que se detallan los aspectos relativos a instrumentos utilizados, medidas empleadas, unidades de observación, pasos seguidos, etc.

Proceso primario. (Psicoan.) Es una forma operativa de funcionamiento del inconsciente, caracterizada por una energía continuamente fluida, móvil y no

Proceso primario

ligada, que preside la vida de los niños y la infancia de los pueblos. A medida que se va desarrollando el niño, el proceso primario es complementado y hasta cierto punto reemplazado por el pensamiento de la lógica formal, que corresponde al llamado proceso secundario. Las leyes distintivas del proceso primario son: 1) Atemporalidad, que tiene dos implicaciones: por una parte, en el ser humano hay hechos o vivencias de hechos que permanecen ciertos independientemente de la edad cronológica del individuo, y hasta un determinado punto, de la evolución de la especie. Por otra parte, el inconsciente tiene un *tempo*, un ritmo diferente al tiempo-reloj, que establece el pensamiento adulto. La atemporalidad obedece al principio del placer: lo que se quiere, sucede. El tiempo se mueve de acuerdo con la realización de deseos; 2) Ausencia de contradicciones: en la lógica aristotélico-tomista postula por el principio de identidad que una cosa no puede ser y no ser simultáneamente, no se puede estar en un sitio y al mismo tiempo en otro, no se puede ocupar un espacio ya ocupado; sin embargo, en la fantasía, en el contenido del sueño y en el síntoma, se es a la vez espectador y protagonista de la propia historia; se está vivo y muerto al mismo tiempo; se es hombre y mujer. La fantasía no se detiene frente a las barreras impuestas por la lógica. Hay que tener en cuenta, sin embargo, lo siguiente: el individuo común, presa de la ambivalencia, expulsa de la conciencia uno de los elementos constitutivos del par antitético, por ejemplo, el odio o la hostilidad, en tanto que el otro permanece en la conciencia, por ejemplo, el amor. En el esquizofrénico, las barreras de la lógica secundaria se destruyen frente a la invasión fragmentadora por el parte del proceso primario y la ausencia de contradicciones; de allí que el enfermo esté sumergido en el mundo de los contrarios pero sin darse cuenta en lo más mínimo de éstos; 3) Desplazamientos masivos de energía psicológica: se refiere a transferencias masivas de energía psicológica que serán más importantes económicamente, en la medida en que estén más dominadas por el proceso primario mismo. La movilidad de las cargas será tanto mayor cuanto más pequeño el niño, más soñante el soñante o más regresivo el esquizofrénico. Ejemplo: el niño muy pequeño concentra la totalidad de su atención en algún juguete; si éste se le retira, llora intensamente hasta que de nuevo su carga emocional se dirija a otro objeto que atraiga su atención. Es también un mecanismo de defensa, y en este sentido se refiere a maniobras por medio de las cuales el yo externaliza en situaciones y objetos del afuera simbólicamente escogidos, una gama de situaciones internas con fines de manejo adaptativo y defensivo. Constituye, conjuntamente con la evitación, uno de los mecanismos de la fobia; 4) Condensaciones masivas de energía psicológica: grupo de maniobras adaptativas y defensivas mediante las cuales varios objetos y situaciones se concentran y representan en uno. Las condensaciones de energía psíquica y de cargas se caracterizan por su masividad, en tanto se aproximen a los dominios del proceso primario. Ejemplos: en los síntomas orgánicos o mentales la función o el órgano afectado se convierten en el representante condensado del conflicto global que vive el paciente e incluso su personalidad misma. En el sueño aparecen construcciones, a través de las cuales resultan personajes mixtos, estructurados sobre características parciales de varias personas diferentes; y 5) Predominancia de lo visual, referida a que la captación visual precede a la captación del significado de la palabra. El sueño corresponde a una regresión a través la cual los conceptos abstractos y las palabras se convierten en imágenes visuales, es decir, soñamos en imágenes. Así también el ensueño diurno transcurre en la esfera de lo visual. Esto no

quiere decir que lo visual sea el vehículo más primitivo para la expresión del proceso primario; lo olfatorio, por ejemplo, es aún más arcaico, y los recuerdos olfativos están dotados de una intensidad extremadamente vívida; son, sin embargo, muy fugaces y, por lo tanto, difíciles de capturar y retener en la memoria. La música evoca también resonancias emocionales intensas por las cuales se expresan fantasías inconscientes y es, a su vez, además de cualquier otra consideración, la cristalización de éstas.

Proceso secundario. V. *Proceso primario*.

Procesos cognitivos. Son los procesos mentales superiores. Es el funcionamiento de la mente y la manera como a través de estos procesos los individuos interactúan adecuadamente con el mundo, memorizan, solucionan problemas, disciernen sobre una situación, se comunican y cómo reflexionan sobre sus propios pensamientos –metacognición–. Los procesos cognitivos esenciales tienen que ver con la percepción, la atención, la memoria, el pensamiento (procesamiento racional) y el lenguaje.

Progesterona. Hormona esteroidea progestacional. Desempeña un papel importante en el ciclo ovárico. Se produce en el cuerpo lúteo (o amarillo) del ovario y lleva la mucosa uterina (endometrio) a la fase de secreción, fase en la que tiene lugar la anidación del cigoto (si es que la ovulación fue seguida de fertilización). Durante el embarazo disminuye las contracciones uterinas y favorece el crecimiento de la placenta y de las glándulas mamarias.

Programa de reforzamiento. (Psi. cond.) Especificación de la forma en que se aplica el reforzamiento (frecuencia y factores temporales del reforzamiento). Son reglas que especifican cuando hay reforzadores disponibles.

Programa de reforzamiento intermitente. (Psi. cond.) En los entornos naturales, el reforzamiento no se administra cada vez que un individuo realiza la conducta apropiada. Normalmente se deben realizar varios movimientos o esperar durante cierto período de tiempo, hasta que la recompensa se encuentre disponible. En la vida cotidiana, es un hecho común la intermitencia del reforzamiento. Por esto, es importante el control de la conducta mediante programas de reforzamiento intermitente.

Programa de intervalo fijo. (Psi. cond.) Programa de reforzamiento intermitente en el que el sujeto recibe recompensa por responder una vez transcurrido u un período de tiempo determinado.

Programa de intervalo variable. (Psi. cond.) Programa de reforzamiento intermitente en el que el sujeto recibe recompensa por responder tras un período de tiempo predeterminado, variando la longitud exacta de este período entre una recompensa y la siguiente.

Programa de razón fija. (Psi. cond.) Programa de reforzamiento intermitente en el que el sujeto recibe recompensa tras ejecutar un número invariable de respuestas.

Programa de razón variable. (Psi. cond.) Programa de reforzamiento intermitente en el que el sujeto recibe reforzamiento por ejecutar un número predeterminado de respuestas, a excepción de que el número concreto varía entre una recompensa y la siguiente.

Programa compuesto. (Psi. cond.) Programa de reforzamiento intermitente en el que la recompensa requiere completar dos programas distintos.

Prosoagnosia. De proso (rostro) y agnosia (no reconocer), es un trastorno debido a una lesión cerebral donde el sujeto no puede reconocer rostros de personas de que supone debería reconocer, como

los de sus familiares, amigos o figuras conocidas.

Proyección. (Psicoan.) Se refiere a un conjunto de maniobras inconscientes por medio de las cuales el yo externaliza, atribuye e imputa a otros características de sí mismo. La proyección suele calificarse como patológica *a priori*, lo cual, además de ser erróneo, "reifica" el concepto y lo reduce a la enfermedad. La proyección toma parte activa en la estructuración del yo, mediante el ubicar en el afuera lo que se siente como displacentero, para configurar la frontera entre el yo y el no-yo. Así mismo, gracias a la proyección se produce el encuentro con el mundo. Sólo se puede hallar en el afuera algo de lo que se ha puesto de sí mismo. El mecanismo da pie también para darse a conocer y mostrar lo propio. Así, en la creación artística, el pintor o el escritor plasman su conflicto, sus deseos, sus frustraciones o sus ilusiones, sin que esto explique, por supuesto, la producción creativa en su totalidad. No puede haber proyección sin identificación y viceversa; son procesos simultáneos y complementarios. Lo que se proyecta se hace sobre alguna característica que el propio yo ha depositado en el objeto de la proyección; a su vez, éste tiene alguna característica que propicia el fenómeno. Ejemplo: el niño considera en un momento dado a su niñera como una bruja, pues ha depositado en ella su propia sensación de maldad, y utiliza para ello un rasgo físico o una característica psicológica, como el tono áspero de la voz o un castigo inevitablemente sentido como inmerecido. Al nivel defensivo, la base económico-instintiva de la proyección está dada porque al transformar los estímulos internos en externos, se suponen posibilidades de manejo más fácil por medio de la huida. Para Anna Freud, "la proyección y, por lo tanto, la introyección, son métodos que dependen de la diferenciación entre el ego y el mundo exterior. La expulsión de ideas o de afectos del yo y su destierro al mundo exterior serían un alivio para el yo, tan sólo cuando ha aprendido a distinguirse de ese mundo". Es decir, para Anna Freud la proyección (determinada por la represión) es un mecanismo relativamente tardío y los más tempranos son algunos de los que se relacionan más directamente con las vicisitudes de los instintos (transformación en lo contrario y vuelta contra sí mismo).

Prueba de realidad (***reality testing***). (Psicoan.) Es una de las funciones básicas derivadas de las identificaciones y de las relaciones que establecen éstas entre sí y con el mundo externo, que constituyen el yo. Se define como la capacidad de diferenciar los estímulos internos de los externos, o sea, discriminar representación y percepción. La prueba de realidad se encuentra extremadamente vulnerada en la psicosis, de allí que el paciente sienta como provenientes del exterior estímulos internos, a través de las proyecciones y sus manifestaciones clínicas: alucinaciones y delirios. La prueba de realidad, empero, tiene connotaciones más sutiles. Los estímulos sensoperceptivos se pueden percibir como son, pero su interpretación puede distorsionarse. Otro de los significados de la prueba de realidad se relaciona con la capacidad de armonizar estímulos internos y externos, y la de evaluar el significado de la realidad.

Prueba proyectiva. Prueba psicológica que evoca cuestiones del orden subjetivo de las personas. Ejemplos de pruebas proyectivas son: Rorschach, H.T.P., Machover, T.A.T., entre otras. En una prueba proyectiva, un individuo da estructura a estímulos inestructurados de una manera consistente con el patrón único individual de sus necesidades, temores, deseos, impulsos, conflictos y maneras de percibir y responder conscientes e inconscientes. Entre más inestructurado sea el estímulo, más elementos de personalidad son revelados, cada respuesta

tiene un significado para ser analizado y el individuo no es consciente de lo que revela.

Prueba psicológica. Situación experimental estandarizada que sirve de estímulo a un comportamiento. Tal comportamiento se evalúa por una comparación estadística, respecto a otros individuos colocados en la misma situación, lo que permite clasificar al sujeto examinado, sea cuantitativamente o tipológicamente. Básicamente se utilizan dos tipos de pruebas: proyectivas y psicotécnicas o psicométricas. / En el marco de la psicología organizacional, estas pruebas son utilizadas para la selección, el adiestramiento y la evaluación del desempeño, así como para la reducción de los conflictos laborales dentro de las organizaciones. Proporcionan la información rápida y exacta que se busca con respecto a las habilidades del solicitante y el trabajador, sus talentos, sus aptitudes y aspiraciones, aunque esto no quiere decir que constituyan la solución definitiva de los problemas relacionados con la admisión en la empresa. El propósito de aplicar las pruebas es el de proporcionar una evaluación objetiva de diversas características psicológicas. / **Clasificación de las pruebas psicológicas**: debido a que las pruebas psicológicas son muy variadas en cuanto a su extensión, calificación, tiempo empleado en aplicarlas, etc., se hace necesario emplear más de un criterio para clasificarlas. Los principales de ellos son: En relación con el tiempo de aplicación: 1) **Prueba de velocidad**: es aquella que tiene un límite determinado de tiempo, más allá del cual no se les permite a los participantes trabajar, aun cuando no hayan contestado a todos los puntos. La administración de este tipo de pruebas facilita en cierto grado la realización de un programa de pruebas en gran escala. Todos los documentos deben ser entregados dentro de un período determinado, lo cual hace posible calificar y estudiar simultáneamente todas las contestaciones. Además hay ciertas circunstancias en las cuales una prueba de velocidad es un aspecto esencial de la función que se evalúa; y 2) **Prueba de capacidad**: no tienen límite de tiempo; el número de respuestas correctas depende de la habilidad que posea la persona. En cuanto a la forma de administrarlas. 1) **Pruebas de grupos**: se pueden suministrar simultáneamente a un número considerable de personas y su administración resulta más económica, mientras se disponga de supervisión de los grupos que concurren a la prueba; y 2) **Pruebas individuales**: aquellas donde se requiere que esté presente un administrador por cada individuo que se somete a ellas. Durante una prueba individual es más fácil establecer una atmósfera de bienestar y observar el comportamiento del sujeto. Solamente en la prueba individual se puede hacer la clase de pregunta exploratoria necesaria durante cierta clase de apreciación de la personalidad. En cuanto a la forma de realizarlas: 1) **De papel y lápiz**: aquellas donde el sujeto se ve obligado a responder marcando o formulando una respuesta a preguntas escritas; y 2) **Orales**: en éstas la persona responde, asociando una palabra a otra. En relación a las características medidas: 1) **Pruebas de inteligencia** (V. *Inteligencia*); 2) **Pruebas de interés**: requieren esencialmente que los individuos manifiesten el grado de afición que sienten por actividades distintas, como empleos, pasatiempos, recreación y diversiones. Entre las más aplicadas se encuentran el Formulario de interés vocacional de Strong y el récord de preferencias de Kuder; 3) **Pruebas de personalidad**: diseñadas para medir características como el equilibrio emocional, la perseverancia, la confianza en sí mismo y muchas otras; 4) **Pruebas de rendimiento**: tienen por objeto valorar el grado de adelanto de los individuos en cualquiera actividad laboral que se les confíe; y e) **Pruebas de aptitud**: se utilizan para calcular el resultado

posible que va a dar un individuo en un oficio determinado; miden o calibran las características humanas fundamentales para desarrollar determinada actividad o desempeñar determinados empleos.

Prueba psicométrica. Medida objetiva y estandarizada de una muestra de comportamiento. En general, se refiere a capacidades, aptitudes, intereses o características del comportamiento humano e incluye la determinación del "cuánto", es decir, la cantidad de aquellas capacidades, aptitudes, intereses o características del comportamiento del sujeto. Estas pruebas utilizan metodología formalizada, comparable y mensurable (puntajes, escalas, muestras, estandarizaciones, coeficientes).

Psicobiología. Es el estudio de la conducta en función de sus fundamentos biológicos.

Psicoética. Una de las éticas profesionales que se ocupa no sólo de los asuntos, deberes o intereses que competen a los profesionales, sino que también compete a la relación dual que se establece entre el consultante y el psicólogo o psiquiatra, es decir, entre dos sujetos activos. Los principios básicos de la psicoética son: 1) Principio de beneficencia: el deber de hacer el bien –o por lo menos de no perjudicar- viene de la ética médica. Se deriva de una máxima latina: "*primum non nocere*" (primero que todo, no dañar). Este principio tiene tres niveles diferentes de obligatoriedad en lo que tiene que ver con la práctica profesional: debe hacerse el bien, al menos no causando el mal o provocando un daño; debe hacerse el bien ayudando a solucionar determinadas necesidades humanas; y debe hacerse bien a la totalidad de la persona; 2) Principio de autonomía: capacidad de todo individuo humano de gobernarse por una norma que él mismo acepta como tal, sin coerción externa. Por el hecho de poder gobernarse a sí mismo, el ser humano posee un valor que es el de ser siempre fin y nunca medio para otro objetivo que no sea él mismo; y 3) Principio de justicia: todos los bienes sociales primarios –libertad, igualdad de oportunidades, renta, riqueza y bases de respeto humano, han de ser distribuidos de un modo igual a menos que una distribución desigual de uno o de todos estos bienes redunde en el beneficio de los menos aventajados. / Las reglas éticas fundamentales son: 1) Regla de la confidencialidad: el psicólogo debe guardar secreto de todas las confidencias que le haga una persona durante la relación psicológica; debe proteger toda información considerada secreta, comunicada entre personas y específicamente en la relación terapéutica psicólogo-persona; 2) Regla de la veracidad y el consentimiento informado: cuando se entabla la relación profesional se establece un acuerdo implícito de que la comunicación se basará sobre la verdad y no sobre la mentira; y 3) Regla de la fidelidad y las promesas hechas: el paciente tiene derecho a elegir al profesional, y cuando se entabla esa relación hay un acuerdo sobre las bases de las expectativas conocidas o formuladas en el momento, es decir, hay una promesa implícita de cumplir este acuerdo.

Psicofármaco. Sustancia química capaz de modificar el psiquismo normal o patológico.

Psicógeno. Referido a manifestaciones en general patológicas, cuyo origen no reside en una lesión orgánica sino en un trastorno psíquico.

Psiconeurosis. V. *Neurosis de defensa*.

Psicopatía. Trastorno de la personalidad caracterizado por el menosprecio de las obligaciones sociales, falta de sentimiento hacia los otros y violencia impetuosa o dura indiferencia. Los psicópatas son individuos básicamente asociales y cuyos patrones de conducta

les traen repetidos conflictos con la sociedad. Son incapaces de la lealtad hacia las personas, grupos o valores sociales. Son egoístas, insensibles, irresponsables, impulsivos e incapaces de sentir vergüenza o de aprender de la experiencia o del castigo. Su tolerancia a la frustración es baja. Tienden a culpar a los demás o a justificar su conducta. No muestran sentimientos de culpa, poseen un alto nivel de agresividad, presentan una significativa carencia afectiva, no experimentan miedo o ansiedad, son incapaces de aplazar la satisfacción de sus deseos y no evalúan las consecuencias de su comportamiento. Hay falta de juicio y problemas para aprender de la experiencia, egocentrismo patológico e incapacidad para el afecto, pobreza general de reacciones afectivas, pérdida específica de *insight*, conductas fantasiosas, vida sexual impersonal y problemas para seguir un plan de vida. / La psicología y la psiquiatría forense han perfilado genéricamente a los psicópatas de la siguiente manera: normalmente se trata de hombres jóvenes (aunque también hay una lista de mujeres psicópatas que representan el 11%, de las cuales la mayoría son lesbianas –observación de correlación, mas no de causalidad); la mayoría son de raza blanca; atacan preferentemente a las mujeres; el primer hecho lo comenten antes de cumplir los 30 años de edad; infancia traumática por abandono, malos tratos físicos, psíquicos o sexuales; tendencia al aislamiento de la sociedad y tratar de vengarse de ella; tiene un mundo imaginario lleno de fantasías mejor que el real (dentro de su mente); no distingue entre la fantasía y la realidad; se siente amo del mundo; revive con cada víctima los abusos sufridos, identificándose con el agresor; tiene contacto personal con las víctimas: utiliza armas u objetos de diversa índole, estrangula, golpea; el uso de armas de fuego no es frecuente entre los psicópatas; finge emociones que no siente; busca su propio placer; solitario; manipulador; puede parecer sociable y de aspecto encantador; cree que todo le está permitido; particular sentido de la libertad; se excita con el riesgo y lo prohibido; humilla a sus víctimas para recobrar la autoridad y realzar su autoestima; cuando su actuación es organizada, preparan sus actos minuciosamente sin dejar pistas, dificultando su captura. El psicópata desorganizado sí deja pistas y comete errores, facilitando su captura; una vez capturados suelen confesar, a veces atribuyéndose mas víctimas, dado su afán de protagonismo y celebridad; y tendencia a "jugar" con la policía, desafiándola y sintiéndose superior.

Psicopatología. Fenomenología de los desórdenes emocionales. Incluye tanto síntomas neuróticos y psicóticos como trastornos de conducta o de carácter. Trata también de la eficacia de los mecanismos de defensa, de las relaciones recíprocas entre ellos y de su integración conjunta en la personalidad.

Psicosis. Trastorno cualitativo de la personalidad, global y por lo general grave, cuya aparición implica, a menudo, una ruptura en la continuidad biográfica del paciente. Con frecuencia se define por oposición al concepto de neurosis. En tal caso, lo más coherente sería considerar que el enfermo psicótico no tiene conciencia de su enfermedad y/o no efectúa una crítica de ella, en tanto que el neurótico reconoce sus síntomas. Es la pérdida del juicio de realidad y dentro de los síntomas característicos se implican una amplia gama de disfunciones cognitivas y emocionales incluidas la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y del habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Estos síntomas pueden clasificarse en positivos y negativos. Los síntomas positivos (exceso o distorsión de las funciones normales) incluyen dis-

torsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado) y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Los síntomas negativos (disminución o pérdida de las funciones normales) constituyen una parte primordial de la morbilidad asociada con el trastorno, son difíciles de evaluar por que ocurren en un continuo de la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debido a diferentes factores. Existen tres: el aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia (v. *Esquizofrenia*). / **Psicosis infantiles**: se destacan en este grupo el **autismo infantil precoz** (v. *Autismo*) y la **psicosis infantil simbiótica** estudiada por Mahler, entre cuyos rasgos centrales se cuentan: ataques de pánico precipitados frecuentemente por separaciones de la madre; hipercatexias de alguna parte del cuerpo; tolerancia muy baja a la frustración y confusión entre amor y agresión, que se manifiesta cuando a los momentos de más necesidad de contacto corresponde también el mayor rechazo a éste. El problema básico se relaciona con la falla en el proceso de separación-individuación. El bebé catectiza a la madre pero concebida tan sólo como una unidad con él mismo. / **Psicosis maníaco-depresiva**: Freud incluye la psicosis maníaco-depresiva entre las neurosis narcisísticas. El trastorno gira alrededor de la afectividad y sus bruscas oscilaciones. La tríada sintomática básica involucra el afecto (melancólico en la depresión y eufórico en la manía), el pensamiento (caracterizado por bradipsiquia en la depresión y fuga de ideas en la manía), y la actividad motora (disminuida o aumentada). La manía es una especie de defensa contra la depresión y, a su vez, tanto la manía como la depresión aparecen como estructuras defensivas destinadas a impedir las emociones más profundas de alegría o tristeza verdaderas. La regresión de la psicosis maníaco-depresiva se relaciona con la segunda etapa oral (etapa oral sádica o canibalística), en la que la ambivalencia se debe a que el momento de identificación máxima con el objeto representado por la comida es también el momento en que el niño lo tritura y destroza. En la manía se produce una especie de fusión entre el yo y el Superyo, quedando así libre un gran sobrante de energía que explica, en parte, la aceleración patológica de las funciones de la personalidad (V. *Melancolía*). / **Psicosis vacía**: término acuñado por André Green. A ésta subyace un tipo especial de relación objetal que llama "bi-triangulación". Aunque aparentemente la relación de la persona se establece con dos objetos, como en la situación edípica, éstos no corresponden a una figura masculina y una femenina sino que son el resultado de un objeto único escindido en dos: el bueno, que es casi inexistente, y el malo, omnipresente e intrusivo. La alternativa para la persona es permanecer sometido a esta unión con el mal objeto, indispensable para sobrevivir, pero con la asfixiante sensación de falta de espacio interno, que no da lugar para experimentar sentimientos o pensamientos, o renunciar a él y abalanzarse en la nada, la inexistencia, el no-pecho, el terror sin nombre de Bion. / V. *Esquizofrenia*.

Psicosomático. Relativo, al mismo tiempo, tanto al componente psíquico o mental de la personalidad como al orgánico. / Aunque hay diversas acepciones sobre este término, algunas concepciones tienen algo en común, y entre ellas, la más destacada es la idea de que cuando un elemento traumático produce un grado de desorganización que sobrepasa la capacidad efectora del aparato psíquico para dominarla y/o resolverla, es en el nivel somático donde se produce la respuesta.

Psicoterapia. Conjunto de medios terapéuticos basados en la relación inter-

personal; a través del diálogo, y las intervenciones del terapeuta, se posibilita la superación del conflicto psíquico. / Método científicamente fundamentado de tratamiento de un paciente, una pareja, una familia o un grupo, y destinado a detectar conflictos inconscientes o experiencias fallidas y problemas, con el fin de ayudar al o los pacientes a alcanzar un conocimiento profundo de su estado y mejorar su relación con la realidad. / Conjunto de procedimientos destinados a aliviar cierto tipo de padecimientos de los seres humanos, específicamente, aquellas formas de sufrimiento consideradas como carentes de sentido o posibles de ser evitadas por la persona que padece, o las que derivan de la necesidad de llevar adelante la vida de otro modo. Por lo tanto, un tratamiento psicológico está destinado a producir cambios que ayuden a las personas a vivir de manera más plena.

Psique. Conjunto de las funciones sensitivas, afectivas y mentales de un individuo. / Según Jung, es la totalidad de la estructura psicológica del ser humano: es la unidad básica de estudio de Jung, un área o espacio donde tienen lugar los “fenómenos psíquicos” y donde circula energía psíquica o libido. La circulación de energía por la psique engendrará “procesos psíquicos”. La psique es una realidad por derecho propio y capaz de operar según sus propios principios. Tiene tres estratos: conciencia, inconsciente personal e inconsciente colectivo. La conciencia contiene las actitudes con que el individuo hace frente al entorno inmediato, y se encuentra allí la orientación básica de su papel en la sociedad y el punto de partida de su racionalidad. El inconsciente personal abarca los contenidos psíquicos reprimidos por la conciencia, más aquellos impulsos y deseos aún no ingresados a la conciencia. Incluye fantasías personales, experiencias olvidadas o reprimidas, etc. El inconsciente colectivo es el estrato más grande y profundo de la psique, siendo sus contenidos de carácter arquetípico, los que pueden aflorar y manifestarse en los estratos más superficiales de la psique.

Psiquiatría. Rama de la medicina que se encarga del estudio y tratamiento de las enfermedades mentales; se vale de todos los recursos de la medicina —exámenes de laboratorio, de gabinete (rayos X, electroencefalogramas, etc.), estudios en salud pública—, así como de las pruebas psicológicas para lograr establecer diagnósticos, pronósticos y proponer tratamientos cuando es necesario.

Pubertad. (Psi. del dllo.) Proceso que conduce a la madurez sexual, cuando la persona está en capacidad de reproducirse (V. *Adolescencia*).

Pulsión. Tendencia instintiva que empuja a realizar o rehuir ciertos actos.

R

Racionalismo. Enfoque filosófico que argumenta que el comportamiento humano puede ser entendido a través de la aplicación de la razón, la lógica y el sentido común.

Racionalización. (Psicoan.) Corresponde a un conjunto de maniobras defensivas por medio de las cuales el yo justifica y busca encontrar términos conceptuales para tendencias, impulsos instintivos y anhelos que o bien serían intolerables para las agencias censoras, o corresponden a vivencias tempranas que requieren ligarse a la expresión simbólica. La racionalización, pues, se refiere tanto a procesos adaptativos como defensivos. Puede relacionarse con temores para los cuales se busca una explicación intelectual que disfrace lo rechazado o perseguir la expresión de lo querido y anhelado. Para que se produzca el pensamiento conceptual es necesario que la energía que proviene del inconsciente se ligue a los conceptos y símbolos que se estructuran en el preconsciente; vale decir, simbolización y racionalización están estrechamente relacionadas. Esto implica inevitablemente que la expresión y la comunicación de los derivados de los instintos, de las fantasías que los acompañan, de los afectos, de las frustraciones y de las vivencias de la enfermedad orgánica, se explicitan en metáforas.

Racismo. Tendencia a considerar una conducta individual e interpersonal como manifestación ya formada de determinadas características heredobiológicas. Reconociendo que los componentes de un grupo natural son diversos desde el punto de vista genético, se les atribuye automáticamente un valor mayor o menor. De ahí nace la obligación (expectativa) de la primacía del mejor y más fuerte, la subordinación del peor y más débil. Todo dualismo entre lo fantástico y lo real tiende a desaparecer y lo existente emerge de su materialización exclusivamente como realidad heredobiológica.

Radiología. Técnica consistente en colocar la parte del cuerpo que se desea examinar en medio de un emisor de rayos X, por un lado, y una placa radiográfica, por el otro. Este método es útil sólo para estudiar los huesos, y algunas cavidades llenas de aire. En neurología su utilidad es escasa, y su uso se limita al estudio de fracturas de cráneo, cuya presencia o extensión no necesariamente se correlaciona con la magnitud del daño cerebral.

Rapport. En la relación terapéutica, consiste en una combinación de componentes emocionales e intelectuales. Cuando se establece este tipo de relación, el paciente percibe al terapeuta como alguien 1) Que sintoniza con sus sentimientos y actitudes; 2) Que es simpático, empático y comprensivo; 3) Que le acepta con todos sus defectos; 4) Con quien puede comunicarse sin tener que explicar detalladamente sus sentimientos y actitudes ni "desmenuzar" todo cuanto dice. Cuando el rapport es óptimo, paciente y terapeuta se sienten seguros y cómodos el uno con el otro. Ninguno de ellos se muestra a la defensiva, excesivamente precavido, desconfiado o inhibido. El sentimiento de rapport mantendrá al paciente motivado para el tratamiento y lo motivará para emprender determinados procedimientos de tratamiento.

Rasgo. Elemento característico de la personalidad relativamente estable. / Modos relativamente duraderos en que se diferencian entre sí los individuos; características descriptivas de las personas (V. *Disposición*).

Razonamiento deductivo. Proceso de razonamiento en el que se extraen inferencias –conclusiones acerca de una proposición, partiendo de otra u otras– e implicaciones de una suma de supuestos para aplicarlos a casos específicos o relacionarlos con otros conceptos. Las tareas principales de silogismo son la inferencia transitiva, el silogismo categorial y el razonamiento proposicional.

Razonamiento inductivo. Proceso de razonamiento que parte de casos particulares para inferir una conclusión o un resultado general –generalización– o particular, partiendo del conocimiento, la observación, la experiencia y las creencias. Existen dos tipos de operaciones inductivas: la predicción y la causalidad.

Razonamiento transductivo. V. *Etapa preoperacional*.

RDC. Abreviatura de Research Diagnostic Criteria. Los Criterios Diagnósticos de Investigación constituyen un catálogo de 25 alteraciones clínicas, definidas con base en criterios operacionales, que fue desarrollado por autores pertenecientes al movimiento neo-kraepeliniano y que sirvió de base para el DSM-III y las versiones posteriores.

Reacciones circulares. En la terminología piagetiana, son los procesos por los cuales el infante aprende a reproducir eventos placenteros o interesantes, aprendidos originalmente por casualidad. El proceso tiene elementos del condicionamiento operante. Primero, una actividad produce una sensación tan agradable, que el infante quiere repetirla. La repetición se retroalimenta en un ciclo continuo en el cual la causa y el efecto se hacen casi indistinguibles. Piaget describió tres tipos de reacciones circulares: primarias, secundarias y terciarias. En la **reacción circular primaria** un estímulo (chupar el dedo, por ejemplo) elicita un reflejo; entonces el placer estimula al bebé a continuar la actividad (chupar el dedo). En ésta, la acción y la respuesta involucran el propio cuerpo del bebé; se da entre el primer y cuarto mes. En la **reacción circular secundaria**, la acción logra una respuesta de otra persona u objeto, llevando al niño a repetir la acción original. Por ejemplo, el bebé hace sonidos, la madre sonríe, y dado que al bebé le gusta ver a su madre sonreír, hace sonidos otra vez. Se da entre los cuatro y los ocho meses. En la **reacción circular terciaria** la acción produce un resultado placentero, descubierto accidentalmente, llevando al bebé a realizar acciones similares para obtener resultados similares. Por ejemplo, el niño accidentalmente pisa un juguete que chilla o rechina; entonces intenta producir de nuevo el chillido de otras maneras, pisándolo o sentándose en él. Se da entre los doce y los dieciocho meses.

Reacción terapéutica negativa. (Psicoan.) Cuadro clínico planteado por Freud en el cual el paciente, por la acción de un ello tanático y el sentimiento de culpa inconsciente, determinado por un Superyo punitivo, no tolera la mejoría producida en el curso del tratamiento psicoanalítico; frente a cualquier tipo de adquisición terapéutica tiene que abandonarlo; le es menester huir; no puede estar bien. Cada vez que se produce un cambio positivo, el paciente abandona el tratamiento; busca un nuevo psicoanalista, tan sólo para repetir nuevamente el ciclo.

Reactancia. Estado motivacional de un individuo dirigido a la restauración o salvaguardia de su libertad.

Reactividad. Fuente de error particularmente relevante en la observación naturalista. Es independiente de los observadores o de las técnicas empleadas, es la reactividad. Los efectos reactivos ocurren cuando el proceso de observación del comportamiento en sí mismo altera las características o la frecuencia del comportamiento observado. La reactividad implica una gran amenaza a la validez de las observaciones resultantes; esto es, la muestra de comportamiento derivada de las observaciones naturalistas puede no ser representativa del comportamiento cuando éste no es observado.

Receptores. V. *Neurotransmisores*.

Recolección de datos. Proceso que implica seleccionar un instrumento de medición disponible o desarrollar uno propio, aplicar el instrumento de medición y preparar las mediciones obtenidas para que puedan analizarse correctamente.

Reconciliación. Proceso en el que las partes involucradas en un conflicto inician una relación que les lleva a una comprensión mutua de lo sucedido, superan sentimientos de odio y rencor desarrollados durante el enfrentamiento, inician un mutuo reconocimiento, y sientan las bases para un pacto tácito, espontáneo y voluntario de amistad. La reconciliación recupera las capacidades derivadas del perdón y la comprensión de los hechos y restaura las capacidades afectivas.

Reconocimiento. Capacidad para identificar un cierto número de elementos de un conjunto aprendido anteriormente.

Reconstrucción. Fenómeno por el que los recuerdos vuelven a la memoria por estímulos conectados a acontecimientos del pasado.

Recuerdo. Reproducción de algo vivido o aprendido anteriormente. / **Recuerdo delirante**: idea delirante primaria que consiste en la reconstrucción delirante de un recuerdo real, o bien en que, de pronto, el paciente "recuerda" algo que es claramente delirante.

Recuperación espontánea. Reaparición de una respuesta previamente extinguida después de un período durante el cual no se ha tenido contacto con el estímulo condicionado.

Red. Trama de relaciones sociales que parten de un individuo ligándolo en forma directa a otros y, a través de éstos, indirectamente a muchos más. / **Red social**: características estructurales (tamaño, densidad y homogeneidad) existentes en las relaciones sociales. Una red es el campo total de relaciones de una persona o una familia; es un grupo de personas: miembros de la familia, vecinos, amigos y otros capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia. Es en síntesis un capullo alrededor de una unidad familiar que sirve de almohadilla entre ésta y la sociedad. Es lo que subsiste del aspecto tribal de las sociedades primitivas. / **Red comunitaria**: entramado de relaciones complejas de intercambio entre múltiples y diversos actores, con variados estilos de acción, que mantiene un flujo y reflujo constante de informaciones y mediaciones organizadas y establecidas en pro de un fin común: el desarrollo, fortalecimiento y cumplimiento de metas específicas de una comunidad en un contexto particular. / **Red social**: sistemas de relaciones entre actores, sean instituciones o personas, que se abren a otras organizaciones o personas con las cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general, los cuales se traducen en la producción de bienes y servicios.

Redefinición. En teoría clínica, redefinición es un desplazamiento de perspectiva, del paciente individual al sistema familiar; da lugar a un significado nuevo para el síntoma individual. En la práctica clínica, este desplazamiento se puede

compartir con la familia como un reencuadre del problema presentado, tal que ahora las conductas individuales se vean eslabonadas a una pauta familiar significativa.

Reduccionismo. Corriente o método basado en la asunción que el mundo que nos rodea puede ser comprendido en términos de las propiedades de sus partes constituyentes. En la misma naturaleza del reduccionismo está implícito el procedimiento que le es propio para resolver problemas científicos: simplificar el problema descomponiéndolo en partes más simples mediante la eliminación de lo accesorio.

Referencia social. Proceso en el cual, en situaciones de incertidumbre, los infantes miran a la cara de sus padres o cuidadores para detectar una señal emocional, acerca de si la situación es o no, segura, buena o mala. Los infantes parecen buscar una señal emocional bajo un amplio rango de circunstancias, incluyendo el apartarse de su madre, o inspeccionar o no, un juguete raro.

Reflejo. Respuesta orgánica espontánea y no aprendida (V. *Conducta refleja*).

Refuerzo. (Psi. cond.) Dentro del condicionamiento operante, es el proceso por el cual aumenta la frecuencia de una respuesta cuando ésta produce una consecuencia (un reforzamiento). Dependiendo de la naturaleza de la relación, el refuerzo puede ser de tipo positivo o negativo. Cuando la respuesta da lugar a la presentación de una consecuencia positiva, o recompensa, la relación se denomina **refuerzo positivo**, mientras que si la respuesta da lugar a la desaparición o supresión de una consecuencia negativa o aversiva, la relación de denomina **refuerzo negativo**. En ambos casos el resultado final es un aumento de la frecuencia del comportamiento, o más precisamente, la selección de ciertas formas de conducta sobre otras. En otras palabras, el refuerzo positivo es un evento o actividad que sigue de manera inmediata a un comportamiento y resulta en el incremento en la frecuencia de ejecución de dicho comportamiento. Así, el refuerzo positivo es inmediatamente posterior a un comportamiento particular y fortalece el número de veces que éste ocurre. / Los efectos del refuerzo son: 1) Selección: el principal efecto del refuerzo en el comportamiento es el de seleccionar cierto tipo de respuestas que son más exitosas para lograr ciertos objetivos y la disminución de la variabilidad general de la conducta; 2) Extinción: se da cuando se rompe la relación de contingencia entre la respuesta y sus consecuencias. Hay varias formas en las cuales esto puede ocurrir: si la respuesta deja de producir la consecuencia, es decir, a través de la omisión; si otras respuestas comienzan a producir la consecuencia; y si la consecuencia no tiene nada que ver con la respuesta; y 3) Moldeamiento: cuando el organismo no presenta la conducta deseada, y por lo tanto el proceso de refuerzo no se puede aplicar, en lugar de esperar a que espontánea o accidentalmente se dé, es posible comenzar a reforzar conductas relacionadas. Una vez seleccionadas se someten a un proceso de extinción y al aumento de la variabilidad es más probable que se dé otra más cercana a la deseada y así sucesivamente. / Condiciones del refuerzo: fundamentales que se deben cumplir para que actúe el refuerzo: 1) Restricción: para que un evento sea reforzante es condición indispensable que haya ciertas condiciones de restricción, o que el organismo no tenga acceso libre al estímulo o actividad; y b) Contingencia: relación de dependencia entre dos conjuntos de eventos. / **Refuerzo intermitente**: consiste en recompensar una respuesta sólo en parte de las ocasiones en las que aparece. / **Refuerzo vicario**: el ver que alguien es premiado o castigado por alguna conducta puede dar por resultado que uno

mismo se incline, más o menos, a ejecutar la conducta que ha sido objeto de premio o castigo.

Regresión. (Psicoan.) Estrechamente ligado al concepto de fijación se encuentra el de regresión, definido como un conjunto de maniobras inconscientes adaptativas y defensivas, por medio de las cuales el yo retorna simbólicamente a periodos anteriores del desarrollo de la personalidad. Las regresiones tienden a hacerse a los puntos de fijación que actúan, entonces, a manera de imán o a manera de bolsones de retaguardia, a los cuales puede retornar el grueso de las tropas en momento de repliegue, para utilizar la imagen bélica de Freud. El modelo básico que utilizó Freud para plantear la regresión es el de los sueños, en el que se proponen tres tipos básicos de regresión interrelacionados entre sí, o sea: 1) Cronológica, que se refiere a que en el sueño, en los momentos neuróticos, en las neurosis o en las psicosis predominan contenidos infantiles, no tan sólo en los acontecimientos tomados en el sentido histórico, sino también en cuanto al impacto que estos sucesos han producido en la personalidad; 2) Topográfica: en los fenómenos anteriormente descritos y en la creación artística, adquiere una mayor vigencia y, en cierto sentido, predomina el proceso primario; y 3) Formal: la esencia del sueño mismo reside en la transformación de ideas y conceptos en imágenes visuales. Por otra parte, tanto en el sueño como en la neurosis y la psicosis se observa la prevalencia de modalidades de pensamiento onto y filogenéticamente regresivos.

Relación figura-fondo. En la percepción se tiende a aislar uno o más objetos (figuras) del campo perceptual (fondo). La relación figura-fondo consiste en percibir una figura de forma o pautas bien definidas, que se distingue del fondo indeterminado y amorfo.

Relación funcional. Relación legal entre los valores de dos variables. No sugiere cómo una causa provoca un efecto; sólo afirma que diferentes eventos tienden a ocurrir en cierto orden y de cierta manera. Conserva el aspecto funcional de la relación causa-efecto, pero no adopta sus implicaciones metafísicas (determinismo, causalidad tipo bola de billar).

Renegación. (Psicoan.) También denominado *disavowal*, es según Freud un mecanismo de la negación que permite que la personalidad vivencie situaciones contrapuestas y contradictorias sin que se desgarre psicóticamente.

Reparación. V. *Posición depresiva*.

Replicabilidad. En metodología de la investigación, es la característica propia del método científico consistente en que los hallazgos de un investigador puedan ser obtenidos por cualquier otro colega que utilice el mismo método.

Represión. (Psicoan.) La represión es el mecanismo básico de defensa, y el papel de los otros mecanismos de defensa es el de reforzarlo. Se puede definir: 1) Desde el punto de vista descriptivo-dinámico, la represión se refiere a un conjunto de operaciones defensivas por las cuales una serie de impulsos instintivos, anhelos, tendencias, pensamientos, fantasías o ideas, que serían inaceptables para las agencias censoras de la personalidad, son o bien expulsadas de la conciencia -represión secundaria o represión propiamente dicha-, o su acceso a la conciencia se ve bloqueado -represión primaria-. Freud determina entre la represión primaria y la secundaria con este ejemplo: en medio de una fiesta, un invitado puede embriagarse y es necesario echarlo de la casa (represión secundaria), o bien, simplemente se le niega el acceso (represión primaria). En estos términos, el concepto de represión primaria se utiliza en dos sentidos: para hacer referencia a contenidos que

jamás se han hecho conscientes, sea porque por sus características primitivas no han sido "traducidas" en el sistema preconsciente al lenguaje del proceso secundario, o por su impacto emocional adverso; se refiere también a la fuerza del "arrastre" que el inconsciente ejerce sobre los contenidos más superficiales; 2) La represión implica, desde el punto de vista afectivo, que algo que fue placentero se transforme en displacentero; y 3) Desde el punto de vista topográfico, la represión es un conjunto de procesos mediante los cuales el yo retira las catexias de objetos o situaciones a nivel de percepción-conciencia (Prec-Cs), es decir, retira de estos objetos o situaciones la atención. Lo reprimido es expulsado de la conciencia, pero esto no significa que desaparezca. A nivel inconsciente conserva su fuerza dinámica, agigantada por lo fantasmagórico; se liga con otras ideas e impulsos, configurando los llamados "complejos autóctonos" que intentan continuamente abrirse paso a la superficie, lo cual logran en forma indirecta y parcial a través de la acción del yo, y mediante *lapsus*, tics, rasgos de carácter, sueños, síntomas, etc. La neurosis y la psicosis no son el resultado de la represión; son el fruto de su fracaso relativo. Si la represión fuera totalmente exitosa no se podría conocer nada de la vida psíquica. En la neurosis, la represión demasiado intensa tiende a aplastar el contacto entre los sistemas y, por lo tanto, la fantasía, las posibilidades de comunicación del ser humano consigo mismo y con los demás, empobreciendo en muchos aspectos la circunstancia vital. El concepto de represión es equivalente al de censura en los sueños y al de resistencia en el tratamiento psicoanalítico. La represión tiene, por otra parte, utilidades importantes para el yo: permite la diferenciación entre inconsciente, preconsciente y consciente, gracias a la cual pueden seleccionar estímulos que de otra manera serían caóticos. Desde el punto de vista social, la represión hace posible cualquier tipo de organización comunitaria en la medida en que, para que ésta exista, se requiere una renuncia importante de los fines instintivos individuales. / **Retorno de lo reprimido**: las ideas y emociones expulsadas son confinadas al inconsciente pero no se extinguen; buscan y otra vez la descarga sustitutiva, fenómeno de eterno regreso.

Reproducción alucinatoria. (Psicoan.) Recreación que surge cuando eventual e inevitablemente se presenta un momento en que la madre no acude inmediatamente al niño para lactarlo, y la frustración resultante moviliza el que el niño recree la imagen del pecho por medio de sus recuerdos visuales, olfatorios, táctiles, etc. Esto porque el niño lacta y espera, según el principio del placer que rige la unidad biopsicobiológica, la satisfacción automática. Cuando el niño con hambre succiona el pulgar o manotea, puede inferirse que está imaginando el pecho en una forma primitiva de rememoración. Sin embargo, la "reproducción en imagen" no sacia la necesidad y, paulatinamente, el niño, en lugar de catectizar el objeto mismo ("reproducción alucinatoria"), efectúa una especie de rodeo y carga más bien situaciones relacionadas con el objeto, fenómeno que Freud llamó la "reproducción en pensamiento". Así, la "recreación alucinatoria" se reemplaza por un esbozo del pensamiento, en la medida en que no se visualiza el objeto sino algo relacionado con él. De esta forma, el niño, gracias a la frustración y a la no aparición automática de la madre, se ve obligado a un rudimento del pensar.

Resignificación. Re-significar quiere decir encontrar un nuevo significado o sentido a una situación, un síntoma, una conducta, etc. Por ejemplo, el descubrimiento de la prohibición del incesto resignifica al significante padre. Resignificación, en sentido amplio, puede querer decir varias cosas: 1) Resignificar

el presente en función del pasado: dar un nuevo sentido a una experiencia actual en función de algo ocurrido en el pasado (un síntoma expresa un conflicto infantil); 2) Resignificar el pasado en función del presente: dar un nuevo sentido a algo del pasado en función de algo ocurrido en el presente (lo que le ocurrió en la infancia adquiere un nuevo sentido que antes no tenía, porque ahora ocurrió algo, una interpretación, que arroja nueva luz sobre aquella situación pretérita, que fue resignificada). La resignificación es el equivalente psicoanalítico de los viajes a través del tiempo de la ciencia-ficción, y ambos pueden expresar el deseo del hombre de rehacer algo mal hecho. Tal vez lo repetitivo del síntoma obedezca a volver ilusoriamente al pasado para revolverlo y resolverlo. En el viaje al pasado se modifica físicamente el acontecimiento pretérito, mientras que en la resignificación se lo modifica psicológicamente; 3) Resignificar el presente en función del futuro: una situación presente puede ser significada en función de una situación futura; y 4) Resignificar el futuro en función del presente: como el caso de una persona que se saca la lotería y, en función de ello, resignifica todas las imágenes que hasta entonces tenía sobre su futuro.

Resiliencia. Capacidad de adaptarse; elasticidad y poder de recuperación ante situaciones difíciles. / Capacidad de adaptarse exitosamente, de competir o de funcionamiento positivo a pesar de las condiciones de alto riesgo, del estrés crónico o después de trauma grave o prolongado. / Habilidad de un individuo para recuperarse o regresar al nivel de funcionamiento que tenía antes que una adversidad se presentara; también se habla de resiliencia cuando, pasado el evento adverso, la persona presenta mínimas reacciones psicológicas que puedan considerarse insanas.

Resistencias. (Psicoan.) A medida que el paciente comienza a relacionarse con su psicoanalista, a través de la regla fundamental, las cadenas asociativas y las asociaciones libres por el ineludible determinismo psíquico, se acercan a temas que, de una manera u otra, son dolorosos o molestos y que se relacionan con lo reprimido. A estas dificultades para el cumplimiento de la regla fundamental se las denomina bloqueos o resistencias, que corresponden a la proximidad de lo reprimido, y las fuerzas que los determinan son las mismas causantes de la represión. En cierto sentido, justamente son estas rupturas las que permiten comprender que el paciente se acerca a terrenos peligrosos, es decir, a derivados más cercanos de lo inconsciente, con incremento de lo regresivo que se manifiesta en la transferencia, con aumento de las contracatexias. Si las asociaciones libres fluyeran sin interrupción, la estructura sería monolítica y no permitiría resquicio alguno para observar los fenómenos que ocurren en el paciente y en su relación con el psicoanalista. Gracias a la solución de continuidad producida por los bloqueos, se producen las fisuras que dan pie para contemplar el turbulento panorama de la vida psíquica. Con la asociación libre y sus rupturas se disminuyen, además, los intentos de restricción voluntaria, y se modifica el interjuego de fuerzas entre la primera censura y la segunda. Por consiguiente, a través de la simbolización defensiva, el paciente establece conexiones entre las vivencias traumáticas tempranas y los fenómenos que se ligan a ellas, por las leyes asociativas. En el esclarecimiento psicoanalítico, es menester recorrer el camino inverso al que siguió la represión. Él analizando puede darse cuenta de sus propias resistencias, gracias al incremento de su yo observador, inicialmente limitado a la introspección que lo llevó al análisis, y al cual proporciona el mantenimiento del encuadre que facilita una parte fundamental de la estrategia del comienzo de la terapia, cuya esencia reside en la escisión

del yo del paciente, para fomentar un yo crítico de sus propios actos y motivaciones. Freud clasifica las resistencias en tres categorías: 1) **Resistencias del yo** que corresponden a la "represión", la "ganancia secundaria" y la "resistencia de transferencia"; 2) **Resistencias del Superyo** relacionadas con la culpa inconsciente; y 3) **Resistencias del ello**, que Freud describe como una especie de "viscosidad de la libido", que le impide cambiar de objetos y que tiende, sobre bases constitucionales, a fijar la personalidad. Las resistencias del ello y del Superyo se ligan a la llamada "reacción terapéutica negativa".

Respuesta. En el marco de la psicología, es cualquier conducta provocada por un estímulo. / **Respuesta condicionada** (**RC**): V. *Condicionamiento clásico*. / **Respuesta de escape**: conducta instrumental motivada por un acontecimiento aversivo y reforzada por la terminación de ese acontecimiento. / **Respuesta incondicionada** (**RI**): V. *Condicionamiento clásico*. / **Respuesta operante**: la que opera sobre el entorno para producir algún efecto. / Unidades en que se divide la conducta.

Restos diurnos. (Psicoan.) Dentro de la teoría psicoanalítica, se denomina así a los elementos del estado de vigilia del día anterior que se encuentran en la narración del sueño y en las asociaciones libres del individuo que ha soñado; se hallan en una relación más o menos lejana con el deseo inconsciente que se realiza en el sueño. Pueden encontrarse todos los grados intermedios entre dos extremos: cuando la presencia de un determinado resto diurno parece motivada, por lo menos en un primer análisis, por una preocupación o un deseo de la vigilia, y cuando se eligen elementos diurnos, de apariencia Insignificante, por su conexión asociativa con el deseo del sueño. Según una concepción clásica freudiana, discutida en el primer capítulo de *La interpretación de los sueños*, los elementos que se encuentran en la mayoría de los sueños derivarían de la vida de los días anteriores. Sin embargo, diversos autores habían ya observado que tales elementos no correspondían siempre a acontecimientos o intereses importantes, sino a detalles de apariencia anodina. / V. *Sueño*.

Retardo mental. Funcionamiento intelectual inferior al promedio; hay un déficit o alteraciones en la actividad adaptativa actual (eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural), en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación personal, vida doméstica, habilidades sociales /interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Su inicio es anterior a los 18 años. Los niveles del retraso mental son: 1) **Ligero**: afecta aproximadamente al 85% de la población retardada. Estas personas pueden adquirir destrezas hasta sexto grado, conseguir trabajos remunerados de bajo nivel, y vivir en comunidad. Aunque usualmente pueden funcionar de manera independiente, suelen necesitar ayuda en determinados momentos; 2) **Moderado**: afecta alrededor del 10% de la población con retardo. Estas personas pueden aprender temas académicos hasta segundo grado, pueden aprender y adquirir habilidades sociales y ocupacionales, y en la adultez pueden trabajar en empleos regulares bajo supervisión constante. Pueden realizar muchas actividades por sí mismos, pero usualmente viven en hogares especiales; 3) **Severo**: afecta aproximadamente al 3 o 4% de la población retardada. Estas personas pueden aprender a hablar durante los años escolares, pueden ser entrenadas en higiene personal, y en ocasiones pueden aprender a reconocer palabras de "supervivencia" como *hombre*, *mujer* y *pare*. Típicamente viven en hogares especiales o con sus familias; 4) **Grave**:

R

afecta alrededor del 1 o 2% de la población con retardo. Estas personas tienen un funcionamiento sensoriomotriz mínimo, pero pueden responder a algún tipo de entrenamiento para movilizarse dentro de su casa, cuidarse a sí mismas y comunicarse, especialmente si tienen una relación cercana con un cuidador. Viven en hogares especiales, con sus familias o en instituciones especializadas.

Retest . Repetición del mismo test en una segunda ocasión. Este procedimiento sirve especialmente para medir la fiabilidad (o confiabilidad) del test en cuestión. El coeficiente de fiabilidad surge de la correlación entre las puntuaciones obtenidas por los mismos sujetos en las dos aplicaciones del test.

Retroactividad. Concepto introducido por Lacan basándose en la idea de "valor lingüístico" de Saussure, y alude al hecho de que la última palabra de una expresión lingüística resignifica las anteriores. El significado es algo que recién aparece al final de la frase: hasta entonces sólo hay significantes puros que están en suspenso.

Retroalimentación. Método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, surge un proceso que puede llamarse aprendizaje. Así, toda regulación, simple o compleja, y todo aprendizaje, implican retroalimentación. / En la teoría cibernética, la retroalimentación (*feedback*) hace referencia a que en un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos (feedback positivo) o las corrigen (feedback negativo).

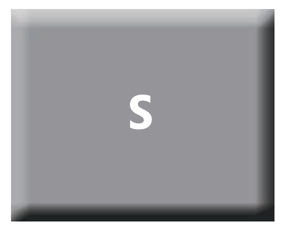
Retrospectiva. Recurrencia de un recuerdo, sentimiento o experiencia perceptiva del pasado.

Reversibilidad. V. *Conservación*.

Ritual. Conjunto de actos realizados de modo repetitivo. Es típico de las conductas obsesivas. / Acto social de significación simbólica, cumplido en ciertas ocasiones porque lo prescribe la tradición. / Exigencias normativas que se aplican a la conducta de una categoría específica de personas en determinados contextos situacionales. Los roles establecen quién debe hacer cierta cosa, cuándo y dónde debe hacerla.

Rol. En psicología social, es la personalidad pública de cada individuo, vale decir, el papel más o menos predecible que asume con el objeto de amoldarse a la sociedad de la que forma parte. **/** Pauta de conducta estable, constituida en el marco de reglas también estables que determinan la naturaleza de la interacción. Se trata de una verdadera puesta en escena que requiere coherencia expresiva, armonía en el uso de los distintos lenguajes, para un resultado eficaz. / **Rol sexual**: actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad definidos por la cultura en que el individuo vive como papeles sociales estereotipadamente "masculinos" o "femeninos".

Rumiación. (Psicoan.) Pensamiento pseudoabstracto referido la mayoría de las ocasiones a temas pseudometafísicos nebulosos y acompañados de dudas dolorosas. La duda se relaciona con la ambivalencia y los conflictos inconscientes que representa constituyen ediciones especiales de cuestionamientos generales.



Sabiduría. Para Erikson, es una virtud que resulta de la exitosa resolución del último de los ocho conflictos que se presentan en el desarrollo de la personalidad, el de Integridad versus Desesperación (v. *Personalidad*). La sabiduría es la incursión en el significado de la vida que puede llevar a las personas a contemplar la proximidad de la muerte. Significa aceptar la vida que se ha vivido sin mayores lamentaciones. Implica aceptar la muerte como el fin inevitable de una vida vivida lo mejor que se pudo. Significa una aceptación realista de la imperfección de uno mismo, de los otros y de la vida misma. Para Clayton (1975) la sabiduría es una habilidad para captar las paradojas, reconciliar las contradicciones y hacer y aceptar compromisos. Dado que las personas sabias pesan los efectos que sus actos tienen sobre sí mismos y sobre otros, la sabiduría se adecúa muy bien a las tomas de decisiones prácticas en un contexto social. Por su parte Meacham (1982), afirma que la gente sabia equilibra su adquisición de conocimiento con el reconocimiento de su inherente falibilidad. En oposición a Meacham, Baltes (1993) considera la sabiduría como un tipo especial de conocimiento experto sobre los aspectos pragmáticos fundamentales de la vida, que permite juzgar con excelencia y dar consejos acerca de asuntos importantes y que plantean dudas. Según este autor, los criterios básicos de la sabiduría son: el conocimiento fáctico y conocimiento de procedimientos (ambos sobre aspectos pragmáticos fundamentales de la vida); conocimiento en contextos (sobre la vida y el cambio social); conocimiento que considera las incertidumbres de la vida; y conocimiento de considera el relativismo de los valores y las metas de la vida. / Según Labouvie-Vief, la sabiduría es la integración de dos modos básicos de conocer: el *logos* (objetivo, analítico y racional) y el *mythos* (subjetivo, experiencial y emocional). El funcionamiento mental completo maduro, consiste en un diálogo continuo entre estos dos, en el cual un modo (*mythos*) proporciona la riqueza experiencial y la fluidez, y el otro (*logos*) la cohesión lógica y la estabilidad.

Saciedad. Condición en la que se ha presentado continuamente a un individuo el reforzador hasta que éste pierde su efecto reforzante.

Sadismo sexual. Parafilia caracterizada por la presencia, durante un período de al menos seis meses, de fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante para el individuo. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Salud mental. Según la OMS, es un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Cabe destacar que la ausencia de una enfermedad mental no implica que el individuo goce de buena

salud mental. El seguimiento del comportamiento cotidiano de una persona es la mejor forma de conocer el estado de su salud mental. Así pues, el concepto de salud debe ser comprendido y abordado de manera amplia e integral y, además, como el equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, como una manera de vivir que suponga el desarrollo de la potencialidad humana, que permita el goce pleno y armonioso de sus facultades, para disfrutar un bienestar individual y para participar en el progreso común. También hay que tener en cuenta el hecho de que los factores sociales, en gran medida, condicionan cada momento histórico y ejercen un papel importante en la configuración de la salud de la población. De manera que la salud de la población depende, en parte, de la forma en que las acciones políticas condicionan el medio y crean aquellas circunstancias que favorecen la confianza en sí, la autonomía y la dignidad para todos. Los niveles de salud, en consecuencia, serán óptimos cuando el ambiente favorezca una capacidad de afrontamiento eficaz, autónomo, personal y responsable. / Proceso en el cual se realiza un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. La adaptación activa a la realidad, que implica la transformación constructiva del medio y la modificación del propio sujeto es, entonces, el criterio básico de salud. Consiste en una aptitud sintetizadora y totalizante, en la resolución de las antinomias que surgen en su relación con la realidad. Así, un sujeto es sano en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integradora, en sucesivas tentativas de totalización, y tiene capacidad para transformarla modificándose, a su vez, él mismo. El sujeto es sano en la medida en que mantiene un interjuego dialéctico en el medio y no una relación pasiva, rígida y estereotipada.

Salud pública. Disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación. Para esto, cuenta con la participación de especialistas en Medicina, Biología, Enfermería, Sociología, Estadística, Veterinaria y otras ciencias y áreas. El desarrollo de la salud pública depende de los gobiernos, que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados objetivos. Entre las funciones de la salud pública, se encuentran la prevención epidemiopatológica (con vacunaciones masivas y gratuitas), la protección sanitaria (control del medio ambiente y de la contaminación), la promoción sanitaria (a través de la educación) y la restauración sanitaria (para recuperar la salud). Los organismos de la salud pública deben evaluar las necesidades de salud de la población, investigar el surgimiento de riesgos para la salud y analizar los determinantes de dichos riesgos. De acuerdo con lo detectado, deben establecer las prioridades y desarrollar los programas y planes que permitan responder a las necesidades. La salud pública también debe gestionar los recursos para asegurar que sus servicios llegarán a la mayor cantidad de gente posible. La salud pública no puede ofrecer servicios de avanzada para ciertas personas y descuidar las condiciones de salud del resto, ya que parte de un principio comunitario y no personal. Al depender del Estado, la salud pública no debería hacer distinciones entre los habitantes de una misma región.

Satiriasis. V. *Hipersexualidad*.

Screening. Designa la forma abreviada en que pueden tomarse algunos tests. Su finalidad puede ser, por ejemplo en el caso del Inventario de Desarrollo de Battelle, una forma de economizar tiempo sin perder fiabilidad, permitiendo

detectar en qué área del desarrollo debe o no hacerse una evaluación completa.

Sedante. Sustancia que atenúa los estados de excitación emotiva o motriz.

Self. Kohut considera el *self* como una estructura de la mente, análoga al yo o Superyo. / Stolorow define al *self* como una organización de experiencias que denomina "principios invariantes de organización", que varían con cada individuo. / Basch se refiere a las capacidades cognitivas y afectivas que funcionan adecuadamente al adaptarse al mundo externo. Este "*self* funcional" es un sistema abierto y cuando es cerrado por conflictos inconscientes provoca psicopatología. / Gedo define el *self* como una jerarquía de motivaciones y valores. / Para Jung, la meta de la vida es lograr un *self*. El *self* es un arquetipo que representa la trascendencia de todos los opuestos, de manera que cada aspecto de nuestra personalidad se expresa de forma equitativa. Por tanto, no somos ni masculinos ni femeninos; somos ambos; lo mismo para el yo y la sombra, para el bien y el mal, para lo consciente y lo inconsciente, y también lo individual y lo colectivo (la creación en su totalidad). Y por supuesto, si no hay opuestos, no hay energía y dejamos de funcionar. Evidentemente, ya no necesitaríamos actuar. Si intentamos alejarnos un poco de las consideraciones místicas, sería recomendable que nos situáramos en una postura más centralista y equilibrada de nuestra psique. / Desde una perspectiva fenomenológica, el *Self* es algo que se experimenta, que se siente. Allport sugirió que el *Self* está compuesto por aquellos aspectos de la experiencia que percibimos como esenciales (algo opuesto a lo incidental o accidental), cálido (o querido, opuesto a emocionalmente frío) y central (como opuesto a periférico). Su definición funcional se convirtió en una teoría del desarrollo por sí misma. El *Self* tiene 7 funciones, las cuales tienen a surgir en ciertos momentos de la vida: sensación del cuerpo, identidad propia, autoestima, extensión de uno mismo, auto imagen, adaptación racional y esfuerzo o lucha propia (*propriate*).

Senectud. Período del ciclo vital marcado por cambios en el funcionamiento físico asociado con el envejecimiento.

Sensación. Proceso por el cual los órganos de los sentidos convierten estímulos del mundo exterior en los datos elementales o materia prima de la experiencia. Se divide en tres fases: física, fisiológica y psíquica. Sin la fase psíquica no existiría sensación. Para que haya fase física tiene que existir un estímulo que pueda captar algún órgano sensorial. Cada órgano sensorial está especializado en un determinado tipo de estímulo. Son imprescindibles las tres fases para que se pueda llevar a cabo el proceso de la sensación. / Según Jung, es una de las funciones o maneras de lidiar con el mundo. Supone la acción de obtener información a través de los significados de los sentidos. Una persona sensible es aquella que dirige su atención a observar y escuchar, y por tanto, a conocer el mundo. Jung consideraba a esta función como una de las irracionales, o lo que es lo mismo, que comprende más a las percepciones que al juicio de la información.

Sensibilización. Ante la presentación repetida de un estímulo, las respuestas se intensifican, provocando respuestas parecidas al condicionamiento.

Sentido común. Habilidad para encarar problemas en forma intuitiva, rápida y tal vez inesperadamente exacta. El término suele aplicarse a ciertas habilidades como las interpersonales o las mecánicas, pero no a otras como el sentido musical. El término se puede aplicar también a quienes parecen capaces de planear con anticipación, explotar oportunidades, guiar sus destinos y los aje-

nos de forma prudente, no contaminados por ideologías o teorías complejas, todo lo cual estaría relacionado con la inteligencia intrapersonal y con la esfera de la voluntad.

Sentimiento. Sistema organizado de disposiciones emocionales que se centran alrededor de la idea de algún objeto. / Según Jung, es una de las funciones o maneras de lidiar con el mundo. Es el acto de sentir, como el de pensar. Es una cuestión de evaluación de la información. En este caso está dirigida a la consideración de la respuesta emocional en general. Jung le llamó racional; evidentemente no de la manera en que estamos acostumbrados a usar el término.

Séptum o **núcleo septal.** Una de las principales estructuras del sistema límbico. Se sabe que es sitio de acción de muchas de las drogas que producen adicción.

Serotonina. Neurotransmisor que se encuentra íntimamente relacionado con los trastornos del humor o trastornos afectivos. Ejerce múltiples funciones en el organismo como: regulación del humor, tránsito intestinal, ansiedad y ritmo sueño/vigilia en el caso de las jaquecas.

Síndrome. Conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico. Dicho en otros términos, es un agrupamiento o patrón recurrente de signos y síntomas. / **Síndrome amnésico:** denominación general para los casos "puros" de amnesia, en que una lesión cerebral produce un déficit global y permanente de memoria sin que haya otros deterioros intelectuales. Se caracteriza por una gran dificultad para retener información nueva (recibida después del comienzo de la amnesia), esto es, amnesia anterógrada, y puede o no ir acompañada de amnesia retrógrada.

Significado. Significación habitual ligada al uso de una palabra, frase u oración, incluyendo tanto su sentido literal como sus asociaciones emotivas. / Lo que se dilucida en una definición.

Signo. Manifestación objetiva de un estado que puede ser patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado. / Para Umberto Eco, es cualquier cosa que pueda considerarse como substituto significante de cualquier otra cosa. Esa cualquier otra cosa no debe necesariamente existir ni debe sustituir de hecho en el momento en el que el signo la represente. / Para de Saussure, el signo es una entidad síquica compuesta de un significante, vale decir, la materia perceptible como la onda sonora, línea, color, sabor, entre otros, y de un significado o imagen acústica, visual o de otro tipo que surge en nuestra mente asociada al significante, propia de nuestra estructuración del mundo y que no se puede confundir con un objeto de éste. / **Signo-gestalt**: es el estímulo que desencadena la respuesta sonriente, y concretamente consiste en una peculiar configuración de un rostro humano, caracterizada por: 1) el rostro está de frente; 2) se centra en los ojos y su entorno, es decir, frente y nariz; y 3) está en movimiento.

Simbolización. Mecanismo de defensa por el que se usa una imagen mental o un pensamiento consciente como símbolo para disfrazar un pensamiento inconsciente que nos produce un estado de ansiedad.

Símbolo. Representación mental vinculada a un significado. Es algo que representa alguna cosa. Nos permite pensar sobre las cosas sin tener que tener los objetos o eventos frente a nosotros. Un objeto puede ser un símbolo, tomando las cualidades de lo que representa y significa para una persona. El símbolo más común (y probablemente el más importante para el pensamiento) es la palabra, primero hablada, y luego es-

crita. Conocer los símbolos de las cosas nos permite pensar sobre éstas y sus características, recordarlas, y referirnos a ellas.

Simulación. Producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal u obtener drogas. Bajo algunas circunstancias, la simulación puede representar un comportamiento adaptativo: por ejemplo, fingir una enfermedad mientras se está cautivo del enemigo en tiempo de guerra. Debe sospecharse simulación si existen aspectos como: presentación de un contexto médico-legal (p. e. la persona es enviada por el fiscal a una exploración médica); discrepancia acusada entre el estrés o la alteración explicados por la persona y los datos objetivos de la exploración médica; falta de cooperación durante la valoración diagnóstica e incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito; y presentación de un trastorno antisocial de la personalidad. La simulación difiere del trastorno facticio en que existe un incentivo externo para la producción de los síntomas, lo que no ocurre en el trastorno facticio. La simulación se diferencia del trastorno de conversión y de otros trastornos somatomorfos por la producción intencionada de síntomas y por los obvios incentivos externos asociados a ella. En la simulación (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno de conversión) los síntomas no ceden por sugestión o hipnosis.

Sinapsis. (Neuropsi.) Zona de contacto entre dos neuronas, a través de las cuales las señales son transmitidas a otras neuronas. La articulación entre cada fibra nerviosa motriz y cada fibra muscular estriada constituye también una sinapsis.

Síndrome. Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente co-ocurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes. / **Síndrome de abstinencia**: conjunto de signos y síntomas que se producen tras existir una dependencia de carácter físico y/o psíquico hacia una droga y cesar bruscamente su empleo. / **Síndrome de abstinencia agudo**: en el caso de los opiáceos, es el conjunto de síntomas y signos orgánicos y psíquicos que aparecen inmediatamente después de interrumpir el consumo del opiáceo del que la persona es dependiente. Este síndrome de abstinencia suele ser espectacular, pero poco peligroso para el sujeto. / **Síndrome de abstinencia condicionado**: en el caso de los opiáceos, consiste en la aparición de la sintomatología típica de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no consume, al ser reexpuesto, incluso meses más tarde, a los estímulos ambientales que fueron condicionados, a través de un proceso de aprendizaje de tipo pavloviano, al consumo de la sustancia de la que era dependiente. / **Síndrome de abstinencia de sustancias**: se caracteriza por la presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades. Causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. / **Síndrome de abstinencia del alcohol**: se caracteriza por la interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades, y por la presencia de síntomas desarrollados horas o días después de la interrupción o disminución del consumo, tales como hiperactividad autonómica (p. e. sudoración excesiva), temblor distal de las manos, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación

psicomotora, ansiedad, y crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas). Estos síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, y no se deben a una condición médica. / **Síndrome de abstinencia tardío**: en el caso de los opiáceos, aparece después del síndrome de abstinencia agudo; esto es, después de cuatro a doce días de la aparición del síndrome de abstinencia. Se caracteriza por un conjunto de disregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo periodo de tiempo, meses o años, después de conseguirse la abstinencia. Esto, cuando se da, acarrea múltiples problemas al sujeto.

Síndrome de Alienación Parental. Trastorno que surge principalmente en el contexto de las disputas por la guarda y custodia de los niños. Su primera manifestación es una campaña de difamación contra uno de los padres por parte del niño, sin justificación alguna. El fenómeno resulta de la combinación del sistemático adoctrinamiento de uno de los padres y de las propias contribuciones del niño dirigidas a la vilificación del progenitor objetivo de esta campaña denigratoria.

Síndrome de Asperger. También llamado Trastorno de Asperger, es un tipo relativamente nuevo de trastorno del desarrollo. El Síndrome de Asperger es el término utilizado para describir la parte más moderada y con mayor grado de funcionamiento de lo que se conoce normalmente como el espectro de los trastornos generalizados del desarrollo (o espectro autista). Al igual que las demás condiciones registradas en dicho espectro, se cree que este síndrome representa un trastorno del desarrollo con base neurológica, de causa desconocida en la mayoría de los casos, en el cual existen desviaciones o anormalidades en tres amplios aspectos del desarrollo: conexiones y habilidades sociales, el uso del lenguaje con fines comunicativos y ciertas características de comportamiento y de estilo relacionadas con rasgos repetitivos o perseverantes, así como una limitada pero intensa gama de intereses. La presencia de estos tres tipos de disfunciones, cuyo grado puede ir de relativamente moderado a severo, es la que define clínicamente todos los trastornos generalizados del desarrollo, desde el síndrome de Asperger hasta el autismo clásico. Se caracteriza por mayores habilidades cognitivas (CI normal e incluso en niveles más altos) y por un nivel de lenguaje más cercano a la normalidad, en comparación con otros trastornos del espectro. De hecho, la presencia de habilidades de lenguaje básicas normales es considerada hoy en día como uno de los criterios para el diagnóstico del AS, aunque existan casi siempre algunas dificultades más sutiles en lo que se refiere al lenguaje pragmático-social.

Síndrome de "Belle du Jour". (Psicoan.) Contraparte de la disociación madona-prostituta, en la cual la mujer ama a su marido mas no lo desea, en tanto que para hallar satisfacción sexual tiene que someterse a fantasías de degradación o castigo o conseguirla a través de su trabajo en un burdel.

Síndrome de déficit atencional. Trastorno de base neurológica que se traduce en una dificultad significativa para manifestar una atención permanente frente a ciertos estímulos respecto a su grupo etario. Este trastorno puede presentarse con o sin hiperkinesis (grado de motilidad exagerada, niños muy impulsivos, no hay espacio de reflexión entre el impulso y la acción). Se da en un continuo de impulsividad en cuatro áreas: 1) Emocional: poca tolerancia a la frustración, intensidad emocional, poca empatía y baja autoestima; 2) Social: conflictos interpersonales, rechazo y agresión, pensamiento egocéntrico; 3) Cognitivo:

ausencia de espacios de reflexión entre el estímulo y la acción; y 4) Conductual: bajo control de impulsos y emociones, al darse cuenta del error no saben como reparar, muy acelerados, a mayor edad puede derivar en conductas disociales (drogadicción, violencia, sexualidad mal llevada, etc.). Sus causas más frecuentes son: socio-culturales (deprivación afectiva y cultural familiar en la etapa preescolar, generalmente se acompaña de subnutrición e insuficientes estados de salud); de origen orgánico (deficiencias sensoriales o motoras o problemas de salud); de origen intelectual (insuficiente desarrollo de las destrezas cognitivas); de origen emocional; y de origen escolar (empleo de métodos o planes escolares y programas inadecuados para enseñar a niños socialmente deprivados o con alteraciones). Los problemas de atención se captan rápidamente en la mirada del niño; el preescolar normal puede mantener la atención entre 5 a 10 minutos en una misma actividad o estímulo, mientras el que tiene déficit atencional no dura más de un minuto atendiendo.

Síndrome de Down. Es la más común y fácil de reconocer de todas las condiciones asociadas con el retraso mental. Esta condición (antes conocida como mongolismo) es el resultado de una anormalidad de los cromosomas; una desviación en el desarrollo de las células resulta en la producción de 47 cromosomas en lugar de los 46 que se consideran normales. El cromosoma adicional cambia totalmente el desarrollo ordenado del cuerpo y cerebro. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico del síndrome de Down se hace de acuerdo con los resultados de una prueba de cromosomas que es suministrada poco después del nacimiento del niño. Aunque hay más de 50 características reconocidas del síndrome de Down, es raro encontrar una persona con todas o una gran cantidad de éstas. Algunas de ellas son: falta de tono muscular, ojos alargados, con el cutis plegado en el rabillo del ojo, hiperflexibilidad (la habilidad de extender excesivamente las coyunturas), manos pequeñas y anchas con una sola arruga en la palma de una o ambas manos, pies anchos con los dedos cortos, el puente de la nariz plano, orejas pequeñas, en la parte inferior de la cabeza, cuello corto, cabeza pequeña, cavidad oral pequeña, mala oclusión dental, menor estatura media que la población general y cierta tendencia a la obesidad. Las personas con este síndrome tienen una incidencia elevada de cardiopatías congénitas, en general septaciones incompletas y válvulas defectuosas. Otro grupo de afecciones más comunes entre estas personas con respecto a la población general lo constituyen ciertos desequilibrios hormonales e inmunológicos. También se consideran como relativamente frecuentes problemas de naturaleza gastrointestinal y los riesgos para la leucemia y la enfermedad de Alzheimer están aumentados.

Síndrome de Estocolmo. Es una de las múltiples respuestas emocionales que puede presentar el secuestrado a raíz de la vulnerabilidad y extrema indefensión que produce el cautiverio. Este síndrome sólo se presenta cuando el plagiado se identifica inconscientemente con su agresor, ya sea asumiendo la responsabilidad de la agresión de que es objeto, ya sea imitando física o moralmente la persona del agresor, o adoptando ciertos símbolos de poder que lo caracterizan. Por ser un proceso inconsciente, la víctima del secuestro siente y cree que es razonable su actitud, sin percatarse de la identificación misma ni asumirla como tal. Cuando alguien es retenido contra su voluntad y permanece por un tiempo en condiciones de aislamiento y sólo se encuentra en compañía de sus captores puede desarrollar, para sobrevivir, una corriente afectiva hacia ellos. Esta corriente se puede establecer, bien

como nexo consciente y voluntario por parte de la víctima para obtener cierto dominio de la situación o algunos beneficios de sus captores, o bien como un mecanismo inconsciente que ayuda a la persona a negar y no sentir la amenaza de la situación y/o la agresión de los secuestradores. En esta última situación se está hablando de Síndrome de Estocolmo. Lo que se observa en la mayoría de los casos es una especie de gratitud consciente hacia los secuestradores, tanto en los familiares como en los individuos. Agradecen el hecho de haberlos dejado salir con vida, sanos y salvos y a veces recuerdan -sobre todo en las primeras semanas posteriores al regreso- a quienes fueron considerados durante ese trance, o tuvieron gestos de compasión y ayuda. Es comprensible, bajo estas circunstancias que cualquier acto humano (no necesariamente humanitario) de los captores pueda ser recibido con un componente de gratitud y alivio apenas natural. Para detectar y diagnosticar el síndrome de Estocolmo, se hacen necesarias dos condiciones: que la persona haya asumido inconscientemente una notable identificación en las actitudes, comportamientos o modos de pensar de los captores, casi como si fueran suyos; y que las manifestaciones iniciales de agradecimiento y aprecio se prolonguen a lo largo del tiempo, aún cuando la persona ya se encuentra integrada a sus rutinas habituales y haya interiorizado la finalización del cautiverio.

Síndrome de Guillain-Barré. Es una enfermedad inmunológica en la cual se producen anticuerpos contra la mielina de las neuronas motoras. Se presenta a cualquier edad y se caracteriza por una parálisis ascendente (es decir, empieza por los miembros inferiores), y simétrica que avanza en el curso de horas o de días hasta comprometer la musculatura respiratoria. Por lo general la enfermedad revierte de manera contraria a como apareció, es decir, la parálisis va desapareciendo de arriba hacia abajo. Puede en algunos casos dejar secuelas; en otros casos la recuperación es prácticamente total.

Síndrome de hemi-inatención. Es la forma más llamativa de síndrome parietal, en la cual el paciente ignora, hace caso omiso de todos los estímulos visuales, auditivos y táctiles que provengan de un lado de su cuerpo. Es más frecuente en lesiones parietales derechas. La persona termina ignorando todo lo que está a su lado izquierdo.

Síndrome de Korsakoff. Fuerte deterioro de las funciones de la memoria anterógrada y de la memoria retrógrada, apatía, pero con preservación de las capacidades sensoriales y otras capacidades intelectuales. Asociado comúnmente con la encefalopatía de Wernicke.

Síndrome de Munchausen. V. *Hipocondría*.

Síndrome de Tourette. V. *Trastorno de la Tourette.*

Síndrome del lóbulo temporal. V. *Lóbulo temporal*.

Síndrome del nido vacío. Sensación de vacío emotivo que experimentan los padres cuando los hijos se independizan, abandonando el hogar paterno.

Síndrome general de adaptación. Conjunto de síntomas físicos y psíquicos de carácter negativo que aparecen cuando el sujeto debe enfrentarse a una novedad. Es una pauta de reacción fisiológica provocada por la tensión crónica, cuya finalidad es suprimir los efectos de ésta y permitir al organismo conservar sus recursos. La pauta se divide en tres etapas: 1) Reacción de alarma, 2) Resistencia y 3) Agotamiento.

Síndrome parietal. V. *Lóbulo parietal*.

Síndrome premenstrual. Conjunto de síntomas fisiológicos y psíquicos que aparecen unos días antes de la menstruación. Se refiere a una serie de alteraciones cuyas manifestaciones físicas más frecuentes son dolores de cabeza, mareos, pesadez e hinchazón de piernas y cansancio. También se nota la presencia alguno o varios de síntomas psicológicos como ansiedad, angustia, crisis de llanto, irritabilidad, cambios bruscos de humor, labilidad emocional, llanto fácil, intranquilidad, disminución de la memoria y capacidad de concentración, falta de autocontrol, disminución del rendimiento laboral, aumento de los accidentes del trabajo y automovilísticos, agravación de cuadros psiquiátricos preexistentes, trastornos en el deseo sexual (frigidez o ninfomanía) y comportamiento inadecuado. Sus causas pueden estar relacionadas con factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, y puede acontecer con una función ovárica aparentemente normal. Es muy común y afecta en alguna medida del 70 al 90% de las mujeres durante sus años fértiles. La incidencia es más alta en mujeres que tienen entre 20 y 40 años, que tienen al menos un hijo, una historia familiar con antecedentes depresivos, o mujeres con una historia médica pasada de depresión posparto o un desorden afectivo del humor.

Sinestesia. Estado en el que una experiencia sensorial estimula otra modalidad de experiencia sensorial (p. e. un sonido produce la sensación de un color particular).

Síntoma. (Psicoan.) Tiene siempre el significado de una señal de alarma; indica que hay una perturbación en le organismo biológico; constituye un intento de restitución, de autocuración; su forma y contenido pueden parecer idénticos en diversos pacientes. Su significado funcional, empero, varía en cada persona de acuerdo con su manera de ser, sus mecanismos adaptativos o de defensa, el momento por el cual atraviesa, en fin, su circunstancia vital. Representa simultáneamente una realización distorsionada de deseos reprimidos y el castigo por estos. Se consideran en el síntoma varios tipos de ganancias o ventaja: 1) La ganancia secundaria que es siempre parcialmente inconsciente y que nunca alcanza por sí misma a determinar el síntoma, aunque pueda dificultar mucho su remoción; 2) La ganancia primaria se refiera a la descarga que produce el síntoma en relación global de las fuerzas del conflicto. Esta descarga es muy poco importante y su aporte a la resolución del conflicto básico es mínimo; y 3) La ganancia terciaria descrita en los últimos años por Rangell y Stone, quienes hacen hincapié en la identidad inconsciente que el paciente establece entre el "sí mismo" y el síntoma. / **Síntoma de conversión**: pérdida o alteración del funcionamiento sensorial o motor voluntario que sugiere una enfermedad médica o neurológica. Se supone que ciertos factores psicológicos están asociados al desarrollo del síntoma, de modo que el síntoma no se explica por completo por una enfermedad médica o neurológica ni por los efectos directos de una sustancia. El síntoma no está producido intencionadamente ni es fingido, y no está sancionado culturalmente. / **Síntomas atípicos**: se habla de síntomas melancólicos en el contexto de las dos semanas más recientes de un episodio depresivo mayor o en un trastorno bipolar I o bipolar II cuando el episodio depresivo mayor es el tipo más reciente de episodio afectivo, o cuando estos síntomas predominan durante los últimos dos años de un trastorno distímico. Los síntomas atípicos son: reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas); aumento significativo del peso o del apetito; hipersomnia; abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesados o inertes); y un patrón de larga duración de sensibilidad

al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o laboral significativo. / **Síntomas catatónicos**: v. *Catatonía*. / **Síntomas melancólicos**: se habla de síntomas melancólicos en el contexto de un episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y de un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente. Los síntomas son: pérdida de placer en todas o casi todas las actividades; falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno); el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido, la depresión es habitualmente peor por la mañana; despertar precoz (al menos dos horas antes de la hora habitual de despertarse); enlentecimiento o agitación psicomotores; anorexia significativa o pérdida de peso; y culpabilidad excesiva o inapropiada. / **Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo**: ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es plenamente coherente con los temas típicos de un estado de ánimo deprimido o maníaco. Si el ánimo es depresivo, el contenido de las ideas delirantes o las alucinaciones consistirá en temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si parten de conceptos autodespectivos como un castigo merecido. Si el ánimo es maníaco, el contenido de los delirios o alucinaciones incluirá temas sobre valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o sobre una relación especial con una deidad o persona famosa. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si se basan en conceptos como un valor exagerado o un castigo merecido. / **Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo**: ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no es coherente con los temas típicos de un ánimo depresivo o maníaco. En el caso de la depresión los delirios o las alucinaciones no implicarán temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. En el caso de la manía, los delirios o las alucinaciones no entrañarán temas de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o de relaciones especiales con una deidad o un personaje famoso. Son ejemplos de síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo los delirios de persecución (sin contenido autodespectivo o de grandeza), la inserción del pensamiento, la difusión del pensamiento y las ideas delirantes de ser controlado, cuyo contenido no guarda relación aparente con ninguno de los temas anteriormente enumerados.

Sistema. Conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Un sistema se compone de subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él. / **Sistema abierto**: es aquel que intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica. / **Sistema cerrado**: es aquel que no intercambia materia, energía y/o información con su entorno.

Sistema extrapiramidal. Es uno de los tres sistemas en los que se divide el sistema motor. Organiza los movimientos involuntarios y automáticos, así como el componente involuntario de los movimientos voluntarios. Sus haces medulares también modulan el tono muscular y mantienen la postura. Es el que realiza el aprendizaje de los movimientos; es

el equivalente a la memoria motora, el encargado de los "engramas" del movimiento, es decir, el que sabe la secuencia en la que se deben contraer los músculos para llevar a cabo cualquier movimiento. Este sistema no es una estructura rígida con una serie de movimientos memorizados sino que tiene la capacidad de adaptar una acción a las circunstancias. Es así como los seres humanos adaptan su marcha, por ejemplo, al peso que lleven encima, a la prisa, al terreno, etc. El sistema extrapiramidal funciona o se expresa a través del sistema piramidal; da a este último las indicaciones para que a través de la vida piramidal voluntaria se expresen los movimientos.

Sistema límbico. Consiste en varias estructuras que están conectadas fisiológica y anatómicamente, y que participan en la modulación de la vida emocional y afectiva. Las funciones del sistema límbico están estrechamente ligadas a los afectos y con la expresión de las emociones. Dichas estructuras fueron las primeras en evolucionar y guardan una cierta relación con el procesamiento de olores y juegan un papel central en las emociones y motivaciones. Controla a la par de la corteza la sed, el apetito, el sueño y la vigilia, la termorregulación, el sexo, la agresión, el miedo y la docilidad; permite el "rescate" de recuerdos, la representación del entorno y la ubicación espacial. Ejerce control sobre las características afectivas y el modo de relacionarnos con los demás; de ahí que se pueda decir que contribuye a la preservación de la especie y a la supervivencia personal. Desde el punto de vista anatómico rodea el hipotálamo, en donde se encuentran los núcleos encargados de su regulación. La palabra "límbico" viene del término latino "limbo" que significa límite, para hacer referencia a las estructuras que se localizan en el límite entre las que regulan la función estrictamente vegetativa, y las que, como la corteza cerebral, regulan las funciones mentales superiores. Las principales estructuras que conforman el sistema límbico son: el hipocampo, la amígdala, el séptum o núcleo septal, el cíngulo, la formación reticular, el hipotálamo, el tálamo y la corteza cerebral.

Sistema motor. Es la agrupación de las estructuras del sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico (SNP) que participan en la organización y ejecución de los movimientos. El término "motor" es amplio, e incluye los movimientos oculares, la articulación del lenguaje, el mantenimiento de la postura o los distintos componentes de la deglución. Un movimiento puede obedecer a una respuesta refleja, a un movimiento involuntario o a una orden voluntaria; la mayoría de los movimientos de la vida diaria involucran estos tres componentes en proporciones variables. Se divide en tres subsistemas: sistema piramidal, sistema extrapiramidal y cerebelo.

Sistema nervioso autónomo (SNA). También conocido como sistema nervioso vegetativo (SNV), está formado por el sistema nervioso simpático, cuya función primordial es preparar al organismo para la acción, y el sistema nervioso parasimpático, cuyas funciones se concentran en almacenar y ahorrar energía (p.e. favorece los procesos digestivos aumentando la salivación y las secreciones gástricas, y estimulando el peristaltismo intestinal). Este sistema es en buena parte ajeno a la conciencia, e incluye la detección de cambios en las condiciones del medio interno y la generación de las respuestas necesarias para mantener las funciones viscerales. Las funciones principales del SNA son: en la piel, la vasoconstricción en momentos de estrés y la sudoración para disminuir la temperatura corporal, o la vasodilatación y ruborización; en los ojos, la midriasis (dilatación de la pupila) o la miosis (contracción de la pupila); el peristaltismo, que es inhibido o estimu-

lado; en el corazón, la taquicardia (frecuencia cardíaca alta) o la bradicardia (frecuencia cardíaca baja); y en los pulmones, la broncodilatación (el sistema parasimpático no tiene efectos sobre los bronquios) entre otras funciones.

Sistema nervioso central (**SNC**). Está constituido por el encéfalo y la médula espinal. Estas dos estructuras están conformadas por sustancia gris (desempeña las principales funciones integrativas del SNC) y sustancia blanca. Se encuentra rodeado y protegido por las meninges, y suspendido en el líquido cefalorraquídeo. El encéfalo está formado por el tallo cerebral, el cerebelo y el cerebro. / **Reparación del SNC**: aunque por mucho tiempo se consideró que el SNC del adulto no era capaz de formar nuevas neuronas, se ha encontrado que en el SNC del adulto es posible el nacimiento, la migración y la diferenciación de nuevas neuronas. Sin embargo, también es claro que hasta el momento no ha sido posible demostrar la producción y recambio de neuronas en el cerebro humano adulto. También es evidente que la capacidad que tiene el SNC para reparar daños resultantes de muerte celular es muy limitada y, con excepción de los poiquilotermos, la reparación no resulta de la generación de nuevas neuronas.

Sistema nervioso parasimpático. V. *Sistema nervioso autónomo*.

Sistema nervioso simpático. V. *Sistema nervioso autónomo*.

Sistema nervioso vegetativo (**SNV**). V. *Sistema nervioso autónomo*.

Sistema normativo. Son las normas a nivel de grupo; son ideas organizadas y ampliamente compartidas acerca de lo que los miembros deben hacer y sentir, la forma en que se deben regular estas normas, y qué sanciones se deben aplicar cuando la conducta no coincide con aquellas. La función de las normas de grupo es regular la actuación de un grupo como unidad organizada, manteniéndolo en el curso de sus objetivos. También regulan las funciones diferenciales, pero interrelacionadas, de los miembros individuales del grupo. **Sistema piramidal** (Neuropsi.) Es uno de los tres sistemas en los que se divide el sistema motor. Se encarga de los movimientos voluntarios, y es además la vía de expresión de todas las secuencias complejas de movimientos aprendidos, muchos de ellos involuntarios.

Sobrecompensación. V. *Compensación*.

Socialización. Procesos psicosociales por los que el individuo se desarrolla históricamente como persona y como miembro de una sociedad. Es un fenómeno complejo a cargo de la familia primero y luego de las instituciones educativas, que resulta de un adecuado equilibrio de funciones normativas y nutritivas parentales. Se denomina nutritivas a aquellas funciones primarias que tienden a la satisfacción inmediata de necesidades de los hijos: alimento, amor, abrigo, etc., que son, en general, gratificantes tanto para los padres como para los hijos, simbiotizantes, generadoras de apego e imprescindibles para la supervivencia al menos durante el período de dependencia infantil. Se denomina normativas a aquellas funciones relacionadas con el ajuste a la realidad, con el aprendizaje e internalización de aquellas reglas que los hijos necesitarán conocer para manejarse exitosamente, no sin actitud crítica, en el mundo en el que les tocará vivir. En general apuntan más al futuro que al presente y son promotoras de la individuación y el crecimiento. Son frustrantes para padres e hijos porque están ligadas a la espera o al "no", más que al "sí" o a la satisfacción. El proceso de socialización puede describirse así: 1) Descubrimiento del otro, que limita la omnipotencia personal, con capacidad para gratificar o frustrar; 2) Experiencia de límite: negación o espera de la sa-

tisfacción buscada; 3) Enunciación de la norma, explícita o implícita, con o sin racionalización; 4) Enunciación de los riesgos de su transgresión; 5) Conducta que vela por el cumplimiento de la norma y por la sanción de la transgresión; 6) Capacidad de mantener el vínculo afectivo, la función nutritiva, más allá de la norma y aún de la sanción de la transgresión; 7) Internalización de la norma para que ella actúe en forma de control autónomo, sin la presencia del controlador; y 8) Extensión del aprendizaje experiencial intrafamiliar al ámbito del mundo externo. / **Socialización sexual**: proceso por el que las personas adquieren una identidad como hombres o mujeres. / La **socialización primaria** es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez, por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad. La **socialización secundaria** es cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad. Se advierte que la socialización primaria suele ser la más importante para el individuo y que la estructura básica de toda socialización secundaria debe asemejarse a la primaria porque comporta algo más que un aprendizaje puramente cognoscitivo dado que, se efectúa en circunstancias de enorme carga emocional. El niño se identifica con los otros significantes en una variedad de formas emocionales pero sean estas cuales fueran la internalización se produce sólo cuando se produce la identificación. El niño acepta los roles y actitudes de los otros significantes, esto es, los internaliza y se apropia de ellos. Por esta identificación con los otros significantes el niño se vuelve se vuelve capaz de identificarse él mismo, de adquirir una identidad subjetivamente coherente y plausible. El individuo llegar a ser lo que los otros significantes lo consideran. La socialización primaria crea en la consciencia del niño una abstracción progresiva que va de los roles y actitudes de otros específicos a los roles y actitudes en general. Esta abstracción se denomina el *otro generalizado*. Su formación dentro de la conciencia significa que ahora el individuo se identifica no sólo con otros concretos sino con una generalidad de otros, con una sociedad, siendo esto una fase decisiva de la socialización, entendiendo además que el lenguaje es el vehículo principal de este proceso. La relación entre el individuo y el mundo social es como un acto de equilibrio continuo. En la socialización primaria no existe ningún problema de identificación, ninguna elección de otros significantes; son los adultos los que disponen las reglas del juego, porque el niño no interviene en la elección de sus otros significante, se identifica con ellos casi automáticamente. Por esta razón el mundo internalizado en esta socialización se implanta en la conciencia con mucha más firmeza que en los mundos internalizados en socializaciones secundarias. Es por sobre todo el lenguaje lo que debe internalizarse, con él y por su intermedio, diversos esquemas motivacionales e interpretativos, se internalizan, como definidos institucionalmente. En la socialización primaria se construye el primer mundo del individuo. La socialización primaria finaliza cuando el concepto del otro generalizado se ha establecido en la conciencia del individuo. A esta altura ya es miembro efectivo de la sociedad y está en posesión subjetiva de un yo y un mundo. La socialización secundaria es la internalización de submundos institucionales o basados sobre instituciones. Su alcance y su carácter se determinan por la complejidad de la división del trabajo y la distribución social concomitante del conocimiento. Ésta requiere la adquisición de vocabularios específicos de roles, lo que significa, la internalización de campos semánticos que estructuran interpretaciones y comportamientos de rutina dentro de un área institucional. Los submundos internalizados en la socialización secundaria son generalmente realidades parciales

que contrastan con el mundo de base adquirido en la socialización primaria. Además los submundos también requieren, por lo menos los rudimentos de un aparato legitimador acompañados con frecuencia con símbolos rituales o materiales. Mientras que la socialización primaria no puede efectuarse sin una identificación con carga emocional del niño con sus otros significantes, la mayor parte de la socialización secundaria puede prescindir de esta clase de identificación y proceder electivamente con la sola dosis de identificación mutua que interviene en cualquier comunicación entre los seres humanos. Los roles de la socialización secundaria comportan un alto grado de anonimato, vale decir se separan fácilmente de los individuos que los desempeñan; son intercambiables. La distribución institucionalizada de tareas entre la socialización primaria y la secundaria varía de acuerdo con la complejidad de la distribución social del conocimiento. La socialización primaria internaliza una realidad aprehendida como inevitable. Esta internalización puede considerarse lograda si el sentido de inevitabilidad se encuentra presente casi todo el tiempo, al menos mientras el individuo está en actividad en el mundo de la vida cotidiana, mientras que en la socialización secundaria, siendo su carácter más artificial, la realidad subjetiva es más vulnerable por hallarse menos arraigada en la conciencia.

Sociograma. Representación de las relaciones positivas y negativas o de la cantidad de intercambios entre los miembros de un grupo. / Gráfico o diagrama que muestra los criterios que rigen las elecciones mutuas de los miembros de un grupo en un momento dado.

Sociometría. Método objetivo para evaluar criterios de atracción, rechazo o indiferencia que operan entre los miembros de un grupo.

Sociopatía. Trastorno de la personalidad que se manifiesta, principalmente, en un fracaso de la adaptación a las necesidades de la sociedad. El sociópata no establece lazos afectivos adecuados ni duraderos con otras personas; presenta conducta conflictivas; no sufre de ansiedad ni de sentimientos de culpa frente a las situaciones que provoca; su capacidad de autocrítica muestra egocentrismo asociado con bajos valores ético-morales y pocas preocupaciones sobre las consecuencias de sus acciones para con los demás; comete agresiones explosivas, verbales o físicas, con total indiferencia con respecto de las consecuencias de la agresión (puede ser disfrazarse como beligerancia pasiva); y no presenta alteraciones mentales (psicosis). El sociópata tiene problemas legales y criminales; frecuentemente manipula a los otros en provecho propio; difícilmente mantiene un empleo o un matrimonio por mucho tiempo; posee un considerable encanto personal, establece relaciones con facilidad, principalmente cuando son de su interés, pero difícilmente es capaz de prolongarlas. Los sociópatas tienen un nivel de inteligencia normal o por encima de lo normal y, en general, no tienen ningún tipo de ansiedad, depresión, alucinaciones u otros síntomas o señales que indiquen indicativos neurosis, pensamiento irracional o enfermedad mental. Normalmente son tranquilos, tienen una presencia social considerable y buena fluidez verbal. Muchas veces son líderes en su familia o grupo social, y se distinguen en algo, pudiendo ser admirados por eso. Son completamente insensibles a los sentimientos ajenos; presentan una actitud abierta de irrespeto por normas, reglas y obligaciones sociales de forma persistente e irresponsable. Poseen baja tolerancia a la frustración y fácilmente explotan en actitudes agresivas y violentas. El sociópata es un egocéntrico patológico, expresa desprecio por los otros seres humanos; no aprende con

la punición, pues hay un gran déficit en su capacidad de sentir emociones. El comportamiento anti-social es generalmente de naturaleza impulsiva, y puede asumir diversas formas, desde la irresponsabilidad y la mentira deliberada, hasta la violencia radical y sin razones contra otras personas, como tortura, violación y asesinato.

Soledad. Es el sentimiento prolongado, desagradable, involuntario, de no estar relacionado significativamente o de manera próxima con alguien. Se habla de dos tipos de soledad: 1) **Soledad por aislamiento emocional**, que deriva de la ausencia de una relación íntima con una figura de apego. Esta es la experiencia más desagradable; y 2) **Soledad por aislamiento social**, que ocurre por falta de lazos con un grupo social cohesivo de pertenencia (una red social de amigos o una organización vecinal).

Solipsismo. En filosofía, teoría según la cual sólo existe el individuo, mientras que el mundo exterior es aparente, porque no es otra cosa que los propios pensamientos del sujeto. / En psicología, suele equipararse el solipsismo con el narcisismo primitivo (del bebé) para quien supuestamente el mundo exterior sirve exclusivamente para satisfacer sus propios deseos.

Solución de problemas. Aquellas tareas que exigen procesos de razonamiento relativamente complejos; no es una mera actividad asociativa y rutinaria. Una persona se enfrenta a un problema cuando acepta una tarea, pero no sabe de antemano cómo realizarla. Se consideran tres tipos de problema, a saber: 1) **Problemas de ordenación**: aquellos cuya solución exige el reordenamiento de un conjunto de elementos bajo un criterio determinado; 2) **Problemas de inducción de la estructura**: son aquellos cuya solución exige la identificación de las relaciones existentes entre los elementos presentados, a fin de construir un nuevo conjunto de relaciones entre los mismos; y 3) **Problemas de transformación**: aquellos que exigen el empleo de diversos métodos con el fin de transformar un estado inicial o unas condiciones iniciales en una meta. La solución de un problema comprende cuatro fases: 1) Fase de preparación: supone un análisis e interpretación de los datos disponibles inicialmente, de las restricciones y una identificación del criterio de solución; 2) Fase de producción: comprende varias operaciones: recuperación de la información, exploración de la información ambiental, transformaciones de la información, almacenamiento de información intermedia y eventualmente, alcance de la solución; y 3) Fase de enjuiciamiento: evalúa la solución generada, contrastándola con el criterio de solución.

Somatización. V. *Histeria*.

Sombra. Según Jung son los aspectos ignorados, rechazados e inadaptados del sujeto que pueden irrumpir en la conciencia sin aviso, traduciéndose entonces en estados de ánimo o conductas que el mismo sujeto no puede explicar ni adscribir a sí mismo. La sombra puede ser proyectada en otros, cuando asignamos cualidades a otras personas que rechazamos en nosotros mismos. Mientras las cualidades fuertes se intensifican en la conciencia, el lado más débil e inadaptado se retrotrae hacia el inconsciente. Allí formará una constelación que, una vez cargada de libido o energía suficiente, sale a la superficie bajo la forma del complejo autónomo llamado sombra, que viene a representar el lado más débil u oscuro de la personalidad. En la condición neurótica la sombra aumenta considerablemente cubriendo gran parte de la personalidad. La sombra, ubicada en el inconsciente personal, puede se controlada, pero cuando se desplaza a estratos más profundos, dicho complejo adquiere cualidades arquetípicas, adquiere más energía y ejerce más fácil-

mente su efecto. En este caso, la sombra ya no será expresada como una figura del mismo sexo del sujeto, sino del opuesto, es decir, la sombra se transforma en anima (en el hombre) o en animus (en la mujer). Si bien esta situación tiene efectos desagradables o negativos, Jung considera que forma parte del proceso creador de la individuación, por cuanto integra conciencia e inconsciente.

Somniloquia. V. *Parasomnias del sueño no-REM*.

Sonambulismo. Trastorno del sueño caracterizado por episodios repetidos que implican el acto de levantarse de la cama y andar por las habitaciones en pleno sueño, que tienen un lugar generalmente durante el primer tercio del período de sueño mayor. Durante estos episodios, el individuo tiene una mirada fija y perdida, se muestra relativamente arreactivo a los intentos de los demás para establecer un diálogo con él y sólo puede ser despertado a base de grandes esfuerzos. Al despertar (tanto en pleno episodio como a la mañana siguiente), el sujeto no recuerda nada de lo sucedido; a los pocos minutos de despertarse del episodio de sonambulismo, el individuo recobra todas sus facultades y no muestra afectación del comportamiento o las actividades mentales (aunque en un primer momento puede presentar confusión o desorientación). Los episodios de sonambulismo provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

Sonograma. V. *Hipnograma*.

Sopor. Alteración de la lucidez de la consciencia en la que el paciente está inconsciente, pero puede mostrar reacciones débiles a estímulos intensos.

Splitting. V. *Disociación*.

Status. Sentimiento personal expansivo de ser alguien especial y valioso, de modo tal que la imagen de sí sea iluminada positivamente.

Subjetivación. Proceso que conduce a que algo se vuelva subjetivo, es decir, se relacione con un punto de vista propio; modo particular en que cada persona o grupo desarrolla una perspectiva subjetiva en relación con su entorno. / Según Foucault, es el proceso por el cual nos convertimos en sujetos, es decir, el proceso de constitución de nuestra subjetividad a partir de prácticas históricas. / Proceso de construcción de la subjetividad, de devenir sujeto singular. En la intersubjetividad, el sujeto en devenir yo recompone incesantemente su historia a medida que se subjetiviza. / V. *Sujeto* y *Subjetividad*.

Subjetividad. Es lo propio del sujeto singular. Se construye en la trama intersubjetiva, desde las experiencias infantiles tempranas, en la pertenencia obligada a los vínculosm que son producidos y a su vez producen distintos tipos de subjetividad. La construcción de subjetividad implica un arreglo singular de la pulsión, de la fantasía, de la relación de objeto y del discurso del otro, en la realidad psíquica del sujeto. El sujeto singular es producto del vínculo intersubjetivo y al mismo tiempo es productor de subjetividad; ésta se forma en relación a la subjetividad de los otros; es lo que se intercambia entre los sujetos. / V. *Subjetivación* y *Sujeto*.

Sublimación. (Psicoan.) Corresponde a un mecanismo inconsciente de adaptación por medio del cual el yo canaliza y refina derivados instintivos, ideas, intereses y pensamientos, hacia fines personal y socialmente aceptables. Para Freud la sublimación es el único mecanismo que nunca puede considerarse patológico dado que en tanto todos los demás procedimientos defensivos inconscientes implican un represamiento o una

S

desviación de la corriente instintiva, esta desviación no se produce en la sublimación. La corriente instintiva se inhibe en el fin pero continúa por el mismo cauce, dirigida hacia un objeto igual o similar al original y necesariamente enriquece al yo. Afirma Freud: "A través de la sublimación el artista puede elaborar sus restos diurnos para compartirlos y estructurarlos en tal forma que lo prohibido no sea fácilmente reconocible; lo plasma en forma fiel a la fantasía; obtiene tanto monto de placer que prácticamente derrumba la represión; logra que los demás deriven alivio y consuelo de sus propias fuentes inconscientes de placer bloqueadas por la represión y además de esto consigue, a través de su fantasía y en la realidad externa, lo que originalmente había encontrado solamente en sus fantasías." En la sublimación confluyen el placer instintivo individual refinado y el aporte al medio; de allí que, parcialmente, la sublimación dependa de la respuesta social. El mecanismo implica creatividad activa y realización. Para Freud, lo sublimable se refiere a la sexualidad oral, anal, fálica y, en general, a lo pregenital y a lo agresivo. Freud considera que lo genital adulto no es sublimable. Los impulsos sublimados pueden permitir una descarga relativamente grande de las investiduras libidinales. La sublimación supone la creación de una cultura y la inserción en esta; es decir, implica que los instintos nunca se satisfacen del todo; que la energía se desvía sin perder, empero, algo básico de lo original y por tanto apunta, en un primer paso, a una calidad especial de represión, que se hace más permeable que lo habitual y, en uno segundo, a un levantamiento relativo y económicamente regulado de esta, que lleva a que el fin primitivo se abandone pero que se busque otro objeto psíquicamente afín. La sublimación implica siempre predominio de lo erótico sobre lo tanático y fusión instintiva, así su producto creativo relativamente acabado plasme destrucción y muerte.

Sueño. El dormir forma parte de un ritmo biológico, del llamado ciclo vigilia-sueño. Éste es un ritmo circadiano, lo que quiere decir que su ciclo completo (período) dura aproximadamente 24 horas. El sueño es una función de expresión genética y forma parte de las conductas de reducción de la motilidad e hiporreactividad a los estímulos externos. Existe un consenso general de que el sueño es absolutamente necesario, a mediano plazo, para integrar una actividad mental (incluyendo la conciencia) y desplegar una conducta adecuada para mantener relaciones con los seres que nos rodean y sobrevivir. A largo plazo su privación produce la muerte y esta muerte, al parecer sobreviene por una falla en la homeóstasis (regulación de las constantes del medio interno), sobre todo del control de la temperatura. La privación del sueño produce cambios en la esfera sensorial, hace más lento el tiempo de reacción y la discriminación. Aparecen primero abundantes ilusiones y, más tarde, verdaderas alucinaciones. Es difícil fijar la atención, y operaciones que antes parecían sencillas sólo se realizan lentamente y con un gran esfuerzo. La memoria a corto plazo comienza a alterarse y la mente del sujeto se ve asaltada por ideas paranoides. En los casos de privación más prolongados, pueden presentarse verdaderos estados delirantes. / Cuando una persona se duerme, y a medida que transcurre el tiempo, se observa que las ondas electroencefalográficas (EEG) muestran cambios característicos. En forma progresiva baja la frecuencia de las ondas del EEG al tiempo que aumenta su amplitud. Estas modificaciones de las ondas determinan los niveles de profundidad del sueño, que se clasifican como grados 1, 2, 3 y 4. Simultáneamente con la profundización hay una disminución progresiva del tono muscular y la frecuencia cardiaca; se re-

duce la presión arterial y la frecuencia respiratoria. Alrededor de una hora después de quedarse dormido el sujeto, el EEG cambia de manera súbita y notoria. Se inicia la fase conocida como el **sueño REM** (o **sueño MOR** = Movimiento Ocular Rápido), fase del sueño con una duración aproximada de 20 minutos. El individuo se encuentra profundamente dormido y es difícil despertarlo. Su tono muscular está muy disminuido, pero el EEG (actividad eléctrica del cerebro) muestra una actividad cortical similar a la del sujeto en vigilia. Por esta razón se conoce también al sueño REM como sueño paradójico pues el sujeto está dormido pero su cerebro, a juzgar por la actividad de su EEG, aparenta estar activo. En esta fase se presentan unos movimientos oculares característicos, que le dan su nombre (REM = Rapid Eye Movements). Se presentan también modificaciones en la actividad del SNA (Sistema Nervioso Autónomo), como salivación, erección peneana, grandes variaciones del patrón respiratorio, la frecuencia cardiaca y la presión arterial. El sueño REM se caracteriza también por el contenido onírico (los sueños); si el individuo se despierta suele referir estar soñando. Al terminar el sueño REM, el sujeto pasa a la fase 2 (de **sueño no-REM**, que incluye las fases 1, 2, 3 y 4 ya mencionadas). De la fase 2 pasa a la 3, luego a la fase 4 y después vuelve a tener un sueño REM, para seguir con 2, 3, 4, REM, 2, 3, 4, REM, y así consecutivamente. Cada uno de estos ciclos tiene una duración promedio de 90 minutos. En ocho horas de sueño se presentan entonces unos cinco ciclos completos de sueño (no-REM - REM). A medida que transcurre el sueño, el individuo presenta un aumento en las fases 3 y 4 de sueño no-REM, conocidas como **sueño profundo**, con aumento también de la duración de la fase REM. Las fases 1 y 2 son fases de **sueño superficial**, y son más abundantes en las primeras horas se sueño. Se postula que el sueño profundo es necesario para la recuperación física del organismo, mientras la fase REM es necesaria para la recuperación intelectual y la consolidación del aprendizaje. La proporción del sueño REM va disminuyendo a lo largo de la vida. En un recién nacido es 50% y más del sueño total; en un adulto joven es de alrededor de 25%; en un anciano es de 20% o menos. / Los **trastornos del sueño** se clasifican en tres grupos: 1) Disomnias, que son trastornos es la fisiología normal del sueño; se manifiestan por disminución o aumento de la cantidad de sueño (insomnio e hipersomnia, respectivamente); 2) Parasomnias, que son trastornos asociados con el sueño, pero que no son alteraciones propiamente en la fisiología del dormir; se consideran fenómenos intrusivos; y 3) Trastornos médicos o psiquiátricos del sueño. / Los sueños son experiencias sensoriales y mentales personales. Se sabe que: 1) Tienen un inicio ligado al funcionamiento de los núcleos celulares bulbo-pontinos que dan principio, cíclicamente, al sueño REM (MOR); 2) Su tiempo de duración es el mismo que el de esta fase del sueño; suceden cuando se desactiva un sistema, en el cerebro medio o mesencéfalo, llamado reticular ascendente, responsable de mantener la vigilia; 3) La autoestimulación cerebral en la fase REM puede verificarse por la aparición de fenómenos eléctricos propagados (las llamadas puntas pontogenículo-occipitales [PGO] de alto voltaje) que recorren fásicamente sobre toda la vía visual. Esto explica, en parte, la naturaleza visual predominante de la imagen onírica, que genera a su vez los movimientos oculares rápidos del que sueña; 4) La actividad PGO durante el sueño REM se genera en una forma aleatoria, es decir, discontinua e impredecible, lo que explica una de las características más notables de las ensoñaciones, es decir, sus discontinuidades abruptas y, al parecer, fuera de toda lógica; 5) Las PGO no aparecen solamente en la vía visual

sino que invaden otros territorios, sobre todo del sistema límbico. Esto estaría relacionado con los contenidos emocionales y la reactivación de memorias de las ensoñaciones; 6) Las ensoñaciones suceden en un cerebro que se autoestimula durante el sueño, teniendo restringida la información sensorial y que está imposibilidad de expresión motora por una pérdida concomitante del tono muscular. Es decir, el ser que sueña es un ser aislado, casi inmóvil e indefenso, cuya conciencia se despierta al ser activadas extensas zonas de la corteza cerebral por los fenómenos fásicos del REM. / (Psicoan.) Para Freud, los sueños constituyen la "vía regia" de acceso a lo inconsciente y, de hecho estudio de los sueños es uno de los fundamentos sobre los cuales descansa su teoría psicoanalítica. Constituyen una manifestación de la vida psíquica que no cesa con el reposo, y representa la realización de deseos infantiles reprimidos. Esta pugna por llevar a la superficie los deseos reprimidos constituye el verdadero motor del sueño. Empero, para expresarse requiere de símbolos preconscientes, dado que los contenidos del inconsciente y el proceso primario sólo pueden manifestarse mediante su ligazón con dichos símbolos. Atribuye al sueño el papel relativamente modesto de "guardián del dormir". Según él, el sueño es el que permite que el principio del displacer-placer no rebase los límites impuestos por la censura, aproximándose a una realización de deseos que no esté suficientemente disfrazada y distorsionada. El sueño es primero satisfacción de deseos; segundo, y como se dijo, guardián del dormir; en tercer lugar, tiene una función de comunicación dentro del psicoanálisis y la amnesia de los sueños aparece como fenómeno resistencial; en cuarto lugar puede ser la expresión de la compulsión a la repetición (sueño traumático), relacionado con el tánatos y como respuesta a las situaciones traumáticas. El sueño es una defensa contra la psicosis, en la medida en que todas las noches descargamos normalmente contenidos cuyo represamiento continuo actuaría a manera de olla de presión. Hay dos componentes básicos en la estructuración del sueño: 1) Deseo reprimido, cuya energía moviliza el proceso onírico que, para seguir la analogía de Freud, es el socio capitalista del sueño, por cuanto proporciona la materia prima; y 2) Restos diurnos, llamados así porque son hechos recientes cuya interiorización permite que su energía se ligue a la del inconsciente, al proporcionarle un vehículo de expresión, susceptible de ser manifestado en la imaginería del proceso secundario. Los restos diurnos son sucesos de la vida, a veces aparentemente banales, de los cuales se vale la energía reprimida para encontrar un medio simbólico de expresión. / El sueño consta de un contenido manifiesto, que corresponde a lo que se recuerda. Sin éste, no habría posibilidades de su representación, y un contenido latente, que corresponde a aquello que permanece oculto y que se intenta descubrir por medio de la interpretación. Sin éste, no habría actividad onírica. Entre el contenido manifiesto y el contenido latente del sueño media lo que se llama trabajo del sueño o elaboración onírica, cuyos componentes son: 1) Condensación. En el sueño una persona puede tener características de varias otras; 2) Desplazamiento que se ve a través de la omisión, modificación y arbitraria agrupación de los materiales; 3) Cuidado de la representabilidad. El yo no se ocupa de que la energía se ligue a un contenido susceptible de ser representado; 4) Elaboración o distorsión secundaria. El yo, a través de la censura, efectúa racionalizaciones, da importancia a elementos que no la tienen, crea certeza sobre lo incierto e incertidumbre sobre lo más valioso; y 5) Simbolización. Es la relación constante que existe entre el sueño y su traducción. La interpretación del sueño recorre el proceso

inverso al trabajo del sueño: su objetivo es desmenuzar cada uno de los componentes del contenido manifiesto, estos en su totalidad y los mecanismos para intentar la comprensión del contenido latente. El sueño se hace posible gracias a que el ser humano, al dormir, retira la mayor parte de las catexias de los estímulos externos y las concentra en el sí mismo. De allí que el sueño constituya uno de los modelos básicos para el estudio del narcisismo. También, desde este punto de vista, su estudio arroja luz sobre el proceso de la esquizofrenia y el de los delirios; sin embargo, hay entre ambos tipos de fenómenos diferencias importantes. El sueño se puede definir como un proceso mediante el cual, y por la regresión que se lleva a cabo a partir del polo motor (eferente, que descarga los estímulos) al polo sensorial (aferente, receptor de los estímulos), las palabras, los conceptos y acciones se transforman en imágenes visuales. Lo visual es lo propio del sueño y las palabras o la escritura son un agregado, prestado, por así decirlo, de la vigilia y del proceso secundario. A través del sueño, Freud estudia el proceso de la regresión y describe tres tipos en la actividad onírica: la regresión temporal (el sueño se relaciona con contenidos infantiles); la topográfica (predominan lo inconsciente y el proceso primario); y la formal (la esencia del sueño es visual). / **El trabajo del sueño**: en el proceso de dormir y en la retirada de cargas se produce también un debilitamiento de las cargas de la vida de vigilia, lo cual permite que afloren contenidos que de otra manera permanecerían represados. Sin embargo, la censura no desaparece del todo; persiste un yo vigilante que, en su calidad de guardián del dormir, permite la relajación de las normas tan sólo hasta un determinado punto. La pesadilla o el sueño de angustia corresponde a que la realización de deseos prohibidos se acerca demasiado a su representación directa (V. *Función alfa* e *Interpretación*).

Sueño no-REM. V. *Sueño*.

Sueño profundo. V. *Sueño*.

Sueño REM (**MOR**) **o paradójico.** V. *Sueño*.

Sueño superficial. V. *Sueño*.

Sugestión. (Psicoan.) Consiste en la capacidad terapéutica de convencer al paciente a través de elementos afectivos. Dinámicamente los elementos que más juegan en la sugestión son la identificación y la proyección del Superyo. La sugestión es la base de la hipnosis. En el modelo psicoanalítico básico, se encuentran elementos de sugestión en el pacto y en el encuadre, provistos de ciertos aspectos ritualísticos que movilizan emociones e idealizaciones relacionadas con la transferencia positiva.

Suicidio. Es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal. Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima -sin reconocerlo- se autodestruye lentamente. Es el caso de las personas que padecen una enfermedad provocada por sentimientos negativos o estados emocionales que afectan la salud física. Otra forma indirecta de autodestrucción consiste en la ingestión de substancias dañinas para la salud como drogas, alcohol y tabaco. Schneiderman clasifica la conducta suicida en cuatro tipos: 1) Conducta suicida impulsiva, que generalmente se presenta después de una desilusión, de una frustración o de fuertes sentimientos de enojo; 2) Sensación de que la vida no vale la pena, sentimiento que suele resultar de un estado depresivo. Aquí, la persona considera que sus sentimientos de minusvalía y desamparo nunca desaparecerán; 3)

Una enfermedad grave, que puede llevar al individuo a pensar que "no hay otra salida"; y 4) El intento suicida como medio de comunicación, en donde la persona no desea morir pero, quiere comunicar algo por medio del suicidio y así, cambiar la forma en que es tratada por las personas que la rodean. También puede ser un intento por atraer el interés de los demás o un medio para expresar sus sentimientos de enojo. / **Factores bioquímicos del suicidio**: ni una perspectiva puramente sociológica o psicológica parecen explicar adecuadamente las causas del suicidio. También es probable que estén implicados otros factores. Por ejemplo, en forma consistente con la evidencia fuerte de que los neurotransmisores químicos están asociados con la depresión y la manía, evidencia similar muestra que la depresión está relacionada con la bioquímica. Se ha encontrado que el fluido espinal de algunos pacientes deprimidos contiene cantidades anormalmente bajas de 5HIAA (ácido 5 hidroxindoleacético), el cual es producido cuando la serotonina, un neurotransmisor que afecta los estados de ánimo y las emociones se desintegra en el cuerpo. / **Suicidio infantil**: los patrones más comunes en la mayoría de los niños que han intentado, o han llegado al suicidio, son comportamiento agresivo, depresión, ideas mórbidas y evasión. En los adolescentes, son comunes las historias de disturbios emocionales, depresión, abuso de alcohol y drogas, y una personalidad inestable. Tienden a ser impulsivos, con poco control sobre sí mismos, baja tolerancia ante el estrés y la frustración, autoimagen pobre, desesperanza, relaciones familiares deterioradas, y escasas o nulas relaciones fuera de la familia. / **Suicidio en adolescentes**: Farberow menciona que, en la gran mayoría de los casos de suicidio, suele haber un elemento de comunicación en el comportamiento del adolescente y que, generalmente, éste exterioriza llamadas previas de auxilio. Dicha comunicación puede presentarse en forma verbal, por medio de amenazas o de fantasías; o no verbal, en donde surgen desde verdaderos intentos de autodestrucción hasta comportamientos dañinos menos inmediatos y menos directos. Estas llamadas de auxilio se dirigen frecuentemente a personas específicas con el objeto de manipular, controlar o expresar algún mensaje a dichas personas, y con ello se espera provocar una respuesta particular. El joven intenta producir acciones o sentimientos particulares en las personas que lo rodean o pretende avergonzar o despertar sentimientos de culpa en ellos. La adolescencia, como etapa de desarrollo de todo individuo, es una etapa dolorosa en que el joven pasa por cambios difíciles que le producen ansiedad y depresión. Por esto, la tentativa del suicidio es una de las conductas más significativas del adolescente. Por el contexto depresivo que la envuelve, la tentativa de suicidio plantea el problema de la depresión como vivencia existencial y como una verdadera crisis durante la adolescencia. La manipulación de la idea de muerte en el joven suele ser frecuente; sin embargo, hay que distinguir entre el adolescente que piensa en el suicidio, inclusive como una idea "romántica", y aquél que realmente lo lleva a cabo. El suicidio de los adolescentes puede tener varios significados. Éstos son aplicables a todas las edades de la vida, pero en función de la madurez del individuo, hay significados que se aplican preferentemente a ciertos períodos de la vida. Beachler describe varios significados posibles: 1) La huida, es decir, el intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable; 2) El duelo, cuando se atenta contra la vida propia después de la pérdida de un elemento importante de la persona (V. *Duelo*); 3) El castigo, cuando el intento suicida se dirige a expiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente res-

S

ponsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa; 4) El crimen, cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte; 5) La venganza, es decir, cuando se atenta contra la vida para provocar el remordimiento de otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad; 6) El llamar la atención y el chantaje, cuando mediante el intento suicida se intenta ejercer presión sobre otro; 7) El sacrificio, en donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa; y 8) el juego, común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo. Resumiendo, las razones psicodinámicas más comunes en los intentos suicidas son: un dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar; necesidades psicológicas frustradas, como seguridad, confianza y logros; un intento por acabar con la conciencia, sobre todo la del dolor; falta de opciones, o bloqueo para verlas; un impulso súbito de odio a sí mismo, en un marco de alienación grave; una autoevaluación negativa, con auto-rechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo; y un impulso súbito de odio hacia sí mismo, en un, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo. / En los adultos, el suicidio suele relacionarse con la depresión o con el debilitamiento físico causado por enfermedades. Las señales que pueden indicar posibles ideaciones o intenciones suicidas incluyen aislamiento de la familia y amigos; hablar sobre la muerte o el suicidio, abandonar u olvidar posesiones apreciadas, abuso de alcohol o drogas, y cambios súbitos de personalidad, como enojo sin razón aparente, aburrimiento o apatía.

Sujeto. Término empleado para designar al individuo en tanto es a la vez observador de los otros y observado por los otros, o bien como nombre de una instancia con la cual se relaciona un predicado o un atributo. Es el hombre mismo en tanto que fundamento de sus propios pensamientos y funciones; esencia de la subjetividad humana en lo que ella tiene de universal y singular. En esta acepción, propia de la filosofía occidental, el sujeto es el sujeto del conocimiento, del derecho o de la conciencia, sea esta conciencia empírica, trascendental o fenoménica. / (Psicoan.) Distinto del individuo tal como es percibido ordinariamente, el sujeto es lo supuesto por el psicoanálisis desde que hay deseo inconsciente; un deseo capturado en el deseo del Otro, pero del que sin embargo debe responder. Es el sujeto del deseo que Freud descubrió en el inconsciente. Este sujeto del deseo es un efecto de la inmersión del pequeño hombre en el lenguaje. Hay que distinguirlo por consiguiente tanto del individuo biológico como del sujeto de la comprensión. Tampoco es ya el yo freudiano (opuesto al ello y al superyo). / V. *Subjetivación* y *Subjetividad*.

Superdotación. La Organización Mundial de la Salud considera superdotada a aquella persona con un coeficiente intelectual por encima de los 130 puntos. Se definen por poseer aptitudes que sobrepasan claramente la capacidad media de los niños de su edad y por tener un talento creador en uno o varios campos. Superdotados y precoces no son sinónimos. La problemática de estos niños se relaciona con el hecho de que la superioridad intelectual no entraña necesariamente el éxito, ni el éxito implica el desarrollo de la personalidad, ni la preparación para la asunción del fracaso y la frustración. Según Pat Hollingsworth, especialista en educación para superdotados, hay patrones comunes que muestran si un niño es más avanzado que sus pares y debe recibir una mayor estimulación educativa: suele ser verborrágico, analítico y curioso. Demuestra

S

interés en aprender cosas nuevas, tiene una memoria asombrosa para retener detalles sobre un tema específico desde muy chico, es muy curioso, pregunta mucho, siempre quiere saber más y tiene una gran imaginación.

Superyo (o **superego**). (Psicoan.) Desde el punto de vista estructural, es una de las tres instancias o grupos hipotéticos de fuerzas dotadas de energía dinámica, del aparato psíquico. Alrededor del tercer a quinto año de vida, para Freud y más tempranamente en otros autores, y como parte del proceso de sedimentación y elaboración de la problemática edípica, se establecen en el yo identificaciones muy intensas, cuya energía se deriva de la disolución de las catexias de objetos ligados al edipo. Estas identificaciones incorporan las figuras paternas y, con ellas, los valores familiares y sociales. Se conforma entonces una nueva estructura diferenciada del yo, que rige las funciones de autocrítica y autoestima y que actúa como una especie de juez interior que ejerce funciones de monitoría. Al Superyo también se lo llama conciencia moral o ideal del yo. La acción del Superyo no es solamente punitiva y restrictiva; representa también el valioso decantado de los valores de la especie a lo largo de su evolución. Topográficamente el Superyo actúa conscientemente (sentimiento de culpa, malestar por algo sentido como prohibido y que se ha hecho). Simultáneamente opera también en forma inconsciente. En ocasiones la culpa inconsciente impulsa al individuo a buscar castigo por lo hecho o por lo fantaseado. La energía del Superyo proviene de dos fuentes: 1) Una filogenética que se relaciona con la moral de la especie y que se ubicaría a nivel de lo que Jung denomina el inconsciente colectivo. En este aspecto, Freud sigue el concepto lamarquiano de la herencia de los caracteres adquiridos. Así, el Superyo se derivaría de experiencias del pasado filogenético del hombre activadas por la vivencia ontogenética. No todos los psicoanalistas comparten este concepto; 2) La segunda y principal fuente de energía proviene de la disolución y des-sexualización del complejo de Edipo. Las cargas que se retiran de las figuras de los padres proveen la fuerza libidinal y agresiva para la incorporación de estas figuras y de su código de valores: las relaciones objetales se transforman parcialmente en identificaciones; 3) A partir de la tercera teoría instintiva, Freud plantea que parte de la energía derivada del instinto de muerte configura los primeros núcleos de estas identificaciones. Klein utiliza funcionalmente esta última concepción para desarrollar la noción de agencias tempranas de las cuales emanan sentimientos de persecución y culpa. Existen funciones superyoicas cuyo objetivo no es reprimir los instintos sino, antes bien, estimularlos. Así, pues, hay una parte del Superyo aliada a la gratificación instintiva que se manifiesta clínicamente, por ejemplo, cuando una persona se siente culpable por no haber llevado a cabo un acto que hubiera culminado en una descarga placentera. El término "ideal del yo" se refiere a las imágenes que el Superyo consciente o inconscientemente busca como modelos. Siempre hay alguien a quien el niño desea parecerse o con quien quisiera identificarse. Estas imágenes no se limitan a los padres sino que se extienden a maestros, líderes grupales, hermanos mayores, etc. Si el ideal del yo es demasiado alto e idealizado, tanto mayor será la brecha entre este ideal y la realidad de la persona. La proyección del Superyo es, en últimas, parte de la proyección de la propia autonomía. En la psicopatología el Superyo es cruel y rígido.



TAC (**Tomografía Axial Computarizada**) V. *Escanografía*.

Tálamo. (Neuropsi.) Es una de las estructuras del sistema límbico. Cumple un papel fundamental por ser el lugar de relevo obligatorio de todas las aferencias o estímulos que entran a los hemisferios cerebrales. Cada uno de sus núcleos se encarga de distribuir los estímulos recibidos a lugares específicos de la corteza cerebral. Además de lo anterior, el tálamo también realiza procesamiento de información; lo hace de manera no consciente, e independiente de los ciclos de sueño y vigilia.

Tallo cerebral. También llamado tronco encefálico, hace parte del encéfalo junto al cerebro y al cerebelo. Tiene tres porciones: el bulbo raquídeo, la protuberancia y el mesencéfalo.

Tanatología. Disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte. Se ocupa también de todos los duelos derivados de pérdidas significativas que no tienen que ver con la muerte ni los enfermos moribundos. Elizabeth Kübler Ross es quien se da cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte, y define la tanatología como una instancia de atención a los moribundos, por lo cual se le considera la fundadora de esta ciencia. A través de su labor hace sentir a los moribundos miembros útiles y valiosos de la sociedad, y para tan fin crea clínicas cuyo lema es ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas.

Tánatos. (Psicoan.) En el marco de la tercera teoría instintiva se establece que la vida del ser humano es el resultado de dos tipos de fuerzas pulsionales en un continuo interjuego. Una de ellas es Eros. La otra está constituida por un grupo de fuerzas pulsionales que empujan al individuo hacia atrás, hacia la regresión, hacia lo repetitivo, hacia el reposo estático; corresponde a los instintos de muerte, dotados de su propia energía: el tánatos. / También denominado instinto de muerte, es un apetito hacia el estado de tranquilidad total, hacia el cese de la estimulación y de la actividad, un afán por regresar al estado inorgánico inicial. Este instinto es irreductible a otros instintos positivos, formando junto con el instinto de vida o Eros las disposiciones básicas de todo ser vivo, y por supuesto también el hombre. El masoquismo, el sadismo y todo afán por la destrucción es expresión patológica del instinto de muerte. / **Destinos del instinto de muerte**: parte se proyecta como agresión dirigida hacia el mundo externo; parte va a configurar los núcleos primitivos del Superyo; y parte permanece en el yo, donde su acción, sostiene Freud, es muda.

Tartamudeo. Trastorno de la comunicación caracterizado por la alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (adecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de algunos de los siguientes fenómenos: 1) Repeticiones de sonidos y sílabas; 2) Prolongaciones de sonidos; 3) Interjecciones; 4) Palabras fragmentadas (p. e. pausas dentro de una palabra); 5) Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla); 6) Circunloquios (sustituciones de palabras para

evitar palabras problemáticas); 7) Palabras producidas con un exceso de tensión física; 8) Repeticiones de palabras monosilábicas (p. e. "Yo-yo-yo lo veo"). La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social del sujeto.

Tasa. Frecuencia promedio de la conducta emitida durante una unidad estándar de tiempo.

Temperamento. Es la base biológica del carácter y está determinado por los procesos fisiológicos y factores genéticos que inciden en las manifestaciones conductuales. / Tendencia constitucional del individuo a reaccionar de cierto modo ante su ambiente. En otras palabras, es el estilo conductual o la reactividad emocional que manifiesta el niño cuando interactúa con su ambiente. Los componentes del temperamento, que se hacen manifiestos poco después del nacimiento, son: 1) Nivel de actividad: cómo y cuánto se mueve el infante; 2) Ritmicidad o regularidad: previsibilidad de los ciclos biológicos como el hambre y el sueño; 3) Acercamiento o retirada: manera en que un infante inicialmente responde a nuevos estímulos; 4) Adaptabilidad: facilidad con que una respuesta inicial es modificada en una dirección deseada a una situación nueva o alterada; 5) Umbral de responsividad: cantidad de estimulación necesaria para evocar una respuesta; 6) Intensidad de reacción: qué tan enérgicamente responde el infante; 7) Calidad del humor: indica si el infante es predominantemente alegre, amigable y simpático, o desagradable, triste y poco amigable; 8) Distractibilidad: facilidad con que un estímulo irrelevante puede alterar o interferir en el comportamiento del infante; y 9) Atención y persistencia: cantidad de tiempo que el infante dedica a una actividad, y que continúa a pesar de los obstáculos. / Los tres **patrones de temperamento** más comunes en los infantes son: 1) Fácil: es pacífico y adaptable, generalmente está felíz, su funcionamiento biológico es rítmico, y acepta las experiencias nuevas; 2) Difícil: es irritable, no es muy adaptable, su ritmo biológico es irregular, y es más intenso en la expresión de sus emociones; y 3) "De puesta en marcha" lenta: es generalmente apacible, se demora para adaptarse a nuevas experiencias y es de ritmo variado pero algo negativo.

Tendencia central. Concepto estadístico referido al agrupamiento de una serie de puntuaciones en torno de una medida intermedia común.

Tendencia de respuesta. Inclinación de las personas a contestar a pruebas de personalidad dando una imagen distorsionada de sí mismas. Incluye dos aspectos: la inclinación del sujeto a dar una imagen positiva de sí mismo en sentido de la deseabilidad social, y la tendencia a falsificar de modo intencionado las respuestas en dirección positiva o negativa.

Tensión crónica. Al margen de los acontecimientos vitales estresantes (aparición de cambios importantes en la vida de las personas que generan respuestas de estrés), la tensión crónica es otro modo posible de sobrecargar el organismo. Implica estilos de vida que incluyen acontecimientos estresantes, estrategias de afrontamiento malsanas o fallidas, cogniciones anómalas y dificultad para que el organismo vuelva a sus valores basales. Supone un acción permanente de agentes psicosociales generadores de estrés que pueden situar al organismo al borde del fracaso.

Teoría. Conjunto de afirmaciones sobre informaciones obtenidas mediante la investigación. / Manera de conferir sentido a un conjunto confuso de datos mediante una construcción simbólica. / Conjunto de hipótesis relacionadas que ofrecen una explicación verosímil de un fenómeno o grupo de fenómenos. /

Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones vinculadas entre sí, que presentan un punto de vista sistemático de fenómenos especificando relaciones entre variables, con el objeto de explicar y predecir los fenómenos.

Teorías instintivas. (Psicoan.) Freud realizó su obra sobre la base de tres teorías instintivas fundamentadas siempre en polaridades y contraposiciones, vale decir, en la noción axial de conflicto. De cada teoría surge una visión global del conflicto psicológico y una específica en relación con la etiología de las psiconeurosis y de las psicosis. Las teorías instintivas, más que reemplazarse, se complementan. La primera teoría instintiva se basa en la postulación de un grupo de instintos reunidos bajo la denominación de "instintos sexuales", dotados de una energía que llamó libido, frente a otro grupo instintivo, más cercano a la conciencia y a las modificaciones de la experiencia, aglutinado en la concepción de instintos del yo o instintos de autopreservación a los que inicialmente adjudica también una energía propia que llama interés; la segunda teoría no reemplaza a la primera, y en ella Freud expone una sola energía, la libido, que comprende el interés, la agresividad secundaria, la sexualidad, etc., y las variantes están dadas por su distribución económica. Parte de la energía psicológica (libido) se centra en el propio yo -libido narcisística- y parte se distribuye en los objetos del mundo externo y en sus representantes dentro de la personalidad misma -libido objetal-; la tercera teoría se conceptualiza en términos de que la vida del ser humano es el resultado de dos tipos de fuerzas pulsionales en un continuo interjuego: instintos de vida (y eros, su energía), e instintos de muerte (y tánatos, su energía).

Terapia de auto control. Creada por Bandura, es una técnica terapéutica que incorpora las ideas en las que se basa la autorregulación. Ha sido bastante exitosa con problemas relativamente simples de hábitos como fumar, comer en exceso y hábitos de estudio. Se utilizan: 1) Tablas (registros) de conducta: la auto-observación requiere que se anoten tipos de comportamiento, tanto antes de empezar como después. Al utilizar diarios, la persona toma nota de los detalles; el cuándo y dónde del hábito. Esto le permitirá tener una visión más concreta de aquellas situaciones asociadas a su hábito o a la conducta que se está estudiando; 2) *Planning* ambiental: tener un registro y diarios facilitará el siguiente paso: alterar el ambiente (p.e. remover o evitar aquellas situaciones que conducen al comportamiento indeseado, buscar el tiempo y lugar que sean mejores para adquirir comportamientos alternativos mejores, etc.); y 3) Auto-contratos: finalmente, la persona se compromete a compensarse cuando se adhiera a su plan y a castigarse si no lo hace. Estos contratos deben escribirse delante de testigos (p.e. por el terapeuta) y los detalles deben estar muy bien especificados.

Terapia cognitiva. Procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (depresión, ansiedad, fobias, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones ("eventos" verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Se fundamenta en la creencia que numerosos desórdenes son causados por creencias negativas que los individuos tienen sobre sí mismos, el mundo y el futuro. Estas creencias disfuncionales o esquemas negativos son mantenidas por uno o varios prejuicios o errores en la lógica. Las técnicas terapéuticas van

T

encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1) Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; 2) Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; 3) Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; 4) Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y 5) Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Para el adecuado desarrollo de esta terapia, es fundamental el empirismo colaborativo: terapeuta y paciente trabajan como co-investigadores con el objeto de descubrir y examinar las interpretaciones maladaptativas que pueden estar incidiendo en, o agravando las condiciones generales de la vida de la persona. Ambos deben procurar develar tanto los pensamientos automáticos (cosas que las personas se imaginan o se dicen a sí mismas en su vida cotidiana) como las suposiciones disfuncionales. De esta manera, es posible que ambos prueben la validez de las creencias y pensamientos del paciente, esto a través de la búsqueda de información disponible que los valide o los derrumbe.

Terapia conductual racional-emotiva (**REBT**). Creada por Albert Ellis, su principal tesis es que las reacciones emocionales sostenidas son causadas por frases internas que las personas se repiten a sí mismas, y que algunas veces reflejan suposiciones tácitas –creencias irracionales- sobre lo que se necesita para llevar una vida significativa. El objetivo de esta terapia está en eliminar las creencias derrotistas a través de un examen racional de éstas. Ellis afirma que las personas interpretan lo que ocurre a su alrededor y que algunas veces dichas interpretaciones pueden generar una agitación emocional, por lo cual la atención del terapeuta debe centrarse en las creencias de las personas en vez de las causas históricas del problema o el comportamiento visible. Esta terapia se define por el ABC en inglés. La A se designa por la activación de las experiencias, tales como problemas familiares, insatisfacción laboral, traumas infantiles tempranos y todo aquello que podamos enmarcar como productor de infelicidad. La B se refiere a creencias (*beliefs*) o ideas, básicamente irracionales y autoacusatorias que provocan sentimientos de infelicidad actuales. La C corresponde a las consecuencias o aquellos síntomas neuróticos y emociones negativas tales como el pánico depresivo y la rabia, que surgen a partir de nuestras creencias. Aún cuando la activación de nuestras experiencias puede ser bastante real y causar un gran monto de dolor, son nuestras creencias las que le dan el calificativo de larga estancia y de mantener problemas a largo plazo. Ellis añade una letra D y una E al ABC: El terapeuta debe disputar (D) las creencias irracionales, de manera que el cliente pueda a la postre disfrutar de los efectos psicológicos positivos (E) de ideas racionales. Estas creencias toman la forma de afirmaciones absolutas. En vez de aceptarlas como deseos o preferencias, hacemos demandas excesivas sobre los demás, o nos convencemos de que tenemos necesidades abrumadoras. Existe una gran variedad de "errores de pensamiento" típicos en los que la gente se pierde, incluyendo ignorar lo positivo, exagerar lo negativo y generalizar.

Terapia de conducta. Tipo de tratamiento psicológico que mediante la aplicación de los principios de la teoría del aprendizaje pretende reemplazar la conducta

desadaptada o indeseable por formas adaptativas y modos constructivos de afrontamiento

Terapia de grupo. Tratamiento contemporáneo de numerosos pacientes (de 6 a 12) a cargo de uno o más psicoterapeutas.

Terapia de inundación. Procedimiento que se basa en la exposición prolongada de manera imaginada a la situación que produce la ansiedad sin que se permita dar respuestas de escape ni de evitación y sin que se gradúen situaciones que evocan menor ansiedad. Esto equivale a la presentación contínua del EC en ausencia del EI. Es una variación de la terapia de implosión. Se diferencian en el tipo de escenas a las que es expuesto el paciente.

Terapia de modelamiento. Es la terapia por la que Bandura es más conocido. Sugiere que si se escoge a alguien con algún trastorno psicológico y le pone a observar a otro que está intentando lidiar con problemas similares de manera más productiva, el primero aprenderá por imitación del segundo. La investigación original de Bandura sobre este tema envuelve el trabajo con herpefóbicos (personas con miedos neuróticos a las serpientes). El cliente es conducido a observar a través de un cristal que da a un laboratorio. En este espacio, no hay nada más que una silla, una mesa, una caja encima de la mesa con un candado y una serpiente claramente visible en su interior. Luego, la persona en cuestión ve cómo se acerca otra (un actor) que se dirige lenta y temerosamente hacia la caja. Al principio actúa de forma muy aterradora; se sacude varias veces, se dice a sí mismo que se relaje y que respire con tranquilidad y da un paso a la vez hacia la serpiente. Puede detenerse en el camino un par de veces; retraerse en pánico, y vuelve a empezar. Al final, llega al punto de abrir la caja, coge a la serpiente, se sienta en la silla y la agarra por el cuello; todo esto al tiempo que se relaja y se da instrucciones de calma. Después que el cliente ha visto todo esto, se le invita a que él mismo lo intente. Una dificultad de la terapia la constituía el hecho que no es tan fácil conseguir las habitaciones, las serpientes, los actores, etc., todos juntos. De manera que Bandura y sus estudiantes probaron diferentes versiones de la terapia utilizando grabaciones de actores e incluso apelaron a la imaginación de la escena bajo la tutela de terapeutas. Estos métodos funcionaron casi tan bien como el original.

Terapia de modificación del comportamiento. También llamada terapia del comportamiento, utiliza los principios de la teoría del aprendizaje para eliminar comportamientos indeseados, y desarrollar comportamientos deseados. / Forma del condicionamiento operante o instrumental que a menudo se usa para eliminar comportamientos indeseables. Este tipo de aprendizaje es usado para enseñar una variedad de comportamientos. Se utiliza con mayor frecuencia en niños con necesidades especiales, como aquellos con discapacidades mentales o disturbios emocionales, pero sus técnicas son también usadas en niños sin este tipo de dificultades. El terapeuta comportamental no procura las razones subyacentes por las cuales se presenta determinado comportamiento, sino que sencillamente busca modificarlo. Las técnicas más comunes son: modelamiento, moldeamiento, refuerzo, castigo, entre otras.

Terapia familiar. Clase de terapia en la cual el terapeuta trabaja con toda la familia del paciente y con éste, observando la manera como cada uno de los miembros interactúa con los demás, y señalando sus patrones de funcionamiento, tanto constructivos como destructivos. Este tipo de terapia permite a los padres u otros familiares cercanos confrontar sus propias diferencias y comenzar a re-

solverlas, lo que se constituye como el primer paso hacia la resolución de los problemas del paciente.

Terapia gestáltica. Terapia que tiene como objetivo primordial el crecimiento de la persona y hacer que logre desarrollar sus propias potencialidades. El trabajo que se realiza en terapia gestáltica trasciende los límites del consultorio o de los diferentes lugares donde se realice; es una filosofía de vida que se aprende y se aplica en la vida cotidiana, permitiendo a la persona vivir de un modo más sensible, directo y verdadero. Dentro del proceso terapéutico no sólo se apunta a lo que dice o piensa el paciente, sino que se tiene en cuenta también lo que éste hace en sesión. La mayoría de las veces el verdadero "mensaje" se descubre por medio de las acciones (gestos, movimientos, miradas, posturas, etc.). La terapia gestáltica es efectiva y está directamente recomendada en aquellos casos en que alguien sienta que tiene dificultades para permanecer en el presente, y para aquellos que, sabiendo que disponen de un bagaje interno importante para valerse por sí mismos, viven apoyándose en los demás. Los tres principios de la terapia gestalt son: 1) Valoración de la actualidad: lo temporal, lo espacial, y lo material. El aquí y ahora es la condición situacional de la terapia; se intenta evitar todo lo que no está o no se desarrolla en el presente; significa maduración y crecimiento. Se pretende que el sujeto no se refugie en el pasado; 2) Valoración de la conciencia y aceptación de la experiencia, trascendiendo los discursos intelectuales y las interpretaciones; y 3) Valoración de la responsabilidad o integridad. Cada uno es responsable de su conducta, bien sea ésta el deprimirse, enloquecer o incluso suicidarse.

Terapia implosiva. (Psi. cogn-comp.) Desarrollada por Thomas Stampfl, quien plantea que una persona puede desaprender un miedo usando un procedimiento basado en un modelo de extinción. La extinción se refiere a la reducción gradual de la ocurrencia de una respuesta de ansiedad, como resultado de la contínua presentación del estímulo que origina el miedo en la ausencia de un refuerzo que perpetúe el miedo. El terapeuta representa o simbólicamente reproduce el estímulo (o señales de éste) a las cuales han sido condicionadas respuestas de ansiedad, sin presentar el refuerzo concomitante que mantiene la respuesta.

Terapia individual. Clase de terapia en la cual el terapeuta trabaja únicamente con el paciente, buscando que éste lleve a cabo un proceso de introspección con respecto a sí mismo y las relaciones que establece con el mundo, y a partir de esto, interpreta sus sentimientos, pensamientos y comportamiento.

Terapia multimodal. Enfoque cognitivo-comportamental propuesto por Arnold Lazarus. Su premisa básica es que las personas son un compuesto de siete dimensiones: comportamiento, procesos afectivos, sensaciones, imágenes, cogniciones, relaciones interpersonales y funciones biológicas. Una terapia efectiva, según Lazarus, debe identificar los problemas existentes en todas o algunas de estas áreas, decidir cuáles de ellos deben ser tratados y luego aplicar a los problemas las técnicas que mejor se adaptan a cada uno.

Terrores nocturnos. Trastorno del sueño caracterizado por la presencia de episodios recurrentes de despertares bruscos, que se producen generalmente durante el primer tercio del episodio de sueño mayor y que se inician con un grito de angustia y aparición durante el episodio de miedo y signos de activación vegetativa de carácter intenso, por ejemplo, taquicardia, taquipnea y sudoración. El individuo muestra una falta relativa de respuesta a los esfuerzos de los demás por tranquilizarle y existe amnesia del

episodio: el individuo no puede describir recuerdo alguno detallado de lo acontecido durante la noche. Estos episodios provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

Test. Técnica de investigación, análisis y estudio que permite apreciar una característica psicológica o el conjunto de la personalidad de un individuo. Los tests pretenden organizar los datos extraídos de la investigación de la conducta sin intención de explicar causas o consecuencias, sino más bien limitándose a describir el comportamiento en la dimensión que persigue en sus objetivos (p. e. inteligencia, aptitudes, personalidad, etc.), conforme a un encuadre situacional y genético. / **Test proyectivo**: la expresión "técnica proyectiva" fue creada por Frank para designar un método donde se enfrenta al sujeto con una situación estimulante ante la que reaccionará según el significado particular y específico que esa situación tenga para él, y según que la experimenta en el curso de esa reacción. En el test proyectivo, la libertad de respuesta frente al estímulo permite que el sujeto proyecte su propia personalidad. Se suelen distinguir dos tipos de tests proyectivos como formas principales: los tests proyectivos temáticos (p. e. el TAT de Murray como prototipo), y los tests proyectivos estructurales (el Rorschach es el principal). / **Test psicométrico**: constan de preguntas fijas y precisas. El sujeto debe escoger una sola respuesta de las prescritas. Los tests psicométricos más importantes son el MMPI y el EPPS.

Testosterona. Es el andrógeno más importante (hormona masculina producida naturalmente por el hombre). Las hormonas masculinas son responsables por los caracteres sexuales primarios y secundarios como el crecimiento del vello, engrosamiento de la voz y desarrollo de los órganos sexuales.

Tics. Es un tipo de alteración del sistema extrapiramidal, clasificado dentro de las discinesias. Son movimientos repetitivos, estereotipados, de un músculo o un pequeño grupo muscular. Se caracterizan porque la persona, generalmente un niño, los puede suprimir a voluntad durante cierto tiempo; luego, a medida que cambia su atención, el tic reaparece. Aumentan con el estrés y desaparecen típicamente durante el sueño. Para que un movimiento sea considerado tic, el individuo tiene que ser capaz tanto de suprimirlo a voluntad, así sea temporalmente, como de repetirlo voluntariamente. La forma más severa de tics es la denominada enfermedad de Gilles de la Tourette o Síndrome de Tourette.

Timidez.. Tendencia por parte de la persona a sentirse incómoda, inhibida, torpe y muy consciente de sí misma en presencia de otras personas. Es patológica cuando el temor al contacto con los demás produce angustia, desestabiliza y perjudica a la persona en sus relaciones laborales, de amigos y familiares, y cuando, en general el bienestar emocional y la calidad de vida se resienten demasiado. / Malestar e inhibición parcial de las formas usuales de comportamiento cuando se está en presencia de otras personas.

Tipos psicológicos. De la combinación de las dos disposiciones generales (v. *Disposición*) y las cuatro funciones psicológicas (v. *Función psicológica*) Jung definió ocho tipos psicológicos fundamentales, entendiéndose por tipo el ejemplo característico de una disposición general que se observa en numerosas formas individuales. Éstos son: 1) **Reflexivo extravertido**: es un individuo que elabora sus teorías sobre la base de datos objetivos, obtenidos por medio de la percepción sensorial o extraídos de la cultura; la emoción y otros elementos irracionales quedan relegados a un se-

T

gundo plano en el juicio. Dirige su conducta y pretende dirigir la de los demás con sus postulados ya que los considera universalmente válidos por provenir de los objetivos; esto lo hace intolerante y tirano especialmente con su familia y personas cercanas; observado desde fuera se percibe como una gran persona preocupada por los demás; 2) **Reflexivo introvertido**: tiende a elaborar teorías de origen subjetivo, sin prestar atención a lo externo, y considerando los hechos sólo cuando le permiten comprobar sus teorías; es un individuo pobre en sentimientos e intuición; es muy terco y tenaz para defender y llevar a cabo sus ideas, pero a la vez es influenciable y explotable fácilmente porque no percibe las intenciones ajenas por la poca relevancia que da a lo externo; es percibido externamente como inadaptado; 3) **Sentimental extravertido**: guía su accionar por el sentimiento provocado por lo externo; su actividad intelectual está restringida a lo que siente, ya que no puede pensar sobre lo que no han sentido previamente; del mismo modo su forma de pensar sobre un objeto varía de acuerdo a como varía su sentir. Expresa abiertamente sentimientos y se identifica fácilmente con otras personas; 4) **Sentimental introvertido**: es incapaz de expresar sus afectos y aversiones; se percibe callado, difícil de comprender y melancólico; no manifiesta deseos de influir sobre los demás, de hacerse notar, ni de juzgarlos; la dificultad para percibir lo externo lo hace ver indiferente y carente de tacto, lo que le dificulta entablar relaciones personales y ser comprendido; 5) **Perceptivo extravertido**: predomina la percepción sensorial centrada en el objeto, por lo que sólo se siente cómodo en el campo de las realidades tangibles; busca estar siempre bombardeado por estímulos externos, pero se fastidia rápidamente, por lo que necesita que los estímulos cambien constantemente. Manifiesta tendencia al gozo, es alegre y vivo. Permite que abusen de él, pero a la vez es vengativo. Atribuye valor mágico a los objetos de manera inconsciente; 6) **Perceptivo introvertido**: la experiencia subjetiva de la percepción sensorial es la que domina su orientación; se interesa principalmente por los aspectos subjetivos de lo que percibe; por lo tanto, sus percepciones tienen escasa relación con las características objetivas de la realidad, de ahí que estas personas vivan en un mundo irreal; 7) **Intuitivo extravertido**: tiene la capacidad de generar una gran variedad de posibilidades en el mundo objetivo; parece ser muy optimista; su interés por una cuestión permanece hasta que consigue su objetivo, pero luego la abandona y busca otras perspectivas, por lo cual es considerado inestable y cambiante, además tiende a entusiasmar a otros en sus proyectos y luego los abandona. poseen una moral propia y escaso interés por el sentimiento ajeno, así como por las convenciones y hábitos sociales. Tienen una extraordinaria capacidad para despertar entusiasmo en los demás hacia nuevas cosas; 8) **Intuitivo introvertido**: en este tipo figuran los soñadores, los videntes, los fanáticos y los artistas; son fundamentalmente subjetivos, escasamente preocupados por las cosas exteriores, incluida la moral, inestables y poco dignos de confianza en las relaciones interpersonales. Estas personas son consideradas un enigma por sus semejantes.

Tolerancia. Respeto por las ideas, creencias o prácticas de los demás cuando son diferentes o contrarias a las propias. / Capacidad de reconocer y respetar las creencias o prácticas de otros. Los comportamientos tolerantes incluyen: escuchar, hacer comentarios aunque se esté en desacuerdo, indicar que se comprende al otro, incluir diversas personas y/o perspectivas, exponer los puntos de vista de manera equilibrada y con argumentos de peso, hacer uso de un tipo de comunicación no-verbal positiva,

aceptar la perspectiva de otros. / Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmaco-dinámico. / **Tolerancia cruzada**: fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo -por ejemplo, la heroína provoca tolerancia cruzada a la morfina, y viceversa- y en menor grado el consumo intenso de bebidas alcohólicas produce tolerancia cruzada a los fármacos del tipo de los barbitúricos.

Topografía de la respuesta. Descripción de una respuesta de acuerdo con su forma, posición o movimiento.

Totalidad o no sumatividad. En la teoría general de sistemas, se habla de totalidad cuando el cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. Por ejemplo, la independización de un hijo puede desequilibrar las relaciones entre sus padres si éste cumplía la función de mediador en los conflictos que se producían entre ellos (totalidad). Sin embargo, por separado ninguno de los miembros del sistema familiar desempeña el rol que le caracteriza en el sistema familiar (no sumatividad).

Toxicomanía. Uso habitual y dañino de tóxicos, drogas o estupefacientes. Se acompaña generalmente de una dependencia psíquica y a veces también física.

Trance. Estado psíquico particular en el que la conciencia queda limitada y son frecuentes los estados de amnesia. Estados semejantes al trance ocurren en la histeria, aunque en tal caso se habla por lo común de ataques, accesos o estados oníricos; y en la niñez, bajo la forma de sonambulismo. La característica común a todos estos estados es que alguna parte del yo (o sí mismo) está fuera de acción, de modo tal que el sujeto tanto somete su voluntad a otra como actúa sobre la base de deseos y fantasías que de otro modo serían inhibidos.

Tranquilizantes. Medicamentos que se caracterizan por su acción inhibitoria sobre el SNC. Algunos se emplean como hipnóticos, o inductores de sueño, otros son útiles para calmar la ansiedad, y otros controlan muchos de los síntomas de la esquizofrenia. Los medicamentos empleados como hipnóticos y ansiolíticos se suelen denominar tranquilizantes menores, nombre que ha sido criticado porque resta importancia a las graves consecuencias que pueden derivarse de su uso inadecuado. Los más conocidos de este grupo son los barbitúricos y las benzodiacepinas. Los tranquilizantes mayores, o antipsicóticos, son útiles en esquizofrenia, pero también pueden usarse, en dosis bajas, como hipnóticos o ansiolíticos.

Transexual. Persona cuya identidad sexual o de género (hombre o mujer) no corresponde al sexo o identidad sexual con la que nació. / **Transexualismo**: disforia por la identidad sexual asociada a un deseo persistente de asumir las características físicas y los papeles sociales que connotan el otro sexo biológico. Se caracteriza por una identificación acusada y persistente con el otro sexo, malestar persistente con su propio sexo, o sentimiento inadecuado con su rol, y malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas. / V. *Transgenerismo*.

Transferencia. (Psicoan.) Este término se toma en varios sentidos. Por una parte, se refiere a un fenómeno universal de la vida psíquica. Las primeras figuras, las primeras relaciones objetales, los primeros modelos, actúan como moldes

de imprenta sobre los cuales se instalan los comportamientos psicológicos futuros. Mientras más madura sea la persona más conciencia tiene de los modelos transferenciales introyectados que hasta cierto punto lo rigen, lo cual le permite desbrozar con mayor claridad pasado-presente, mundo interno-mundo externo, objetos internos-objetos externos. En el contexto de la terapia psicoanalítica, la transferencia se refiere a que el paciente proyecta en el terapeuta sus derivados instintivos, sus fantasías, sus modalidades de relación, sus afectos, etc. por consiguiente, constituiría un grupo de maniobras adaptativas y defensivas inconscientes, mediante las cuales el paciente proyecta en el terapeuta su pasado y el presente que lo contiene. La transferencia, como fenómeno universal, es inevitable. Lo que sucede en la vida cotidiana es que se vivencian transferencias esparcidas en las diferentes personas y situaciones del medio ambiente. Freud divide la transferencia en positiva, para referirse a la erótica sublimada, y negativa, que comprende la transferencia erótica no sublimada o transferencia sexual y la transferencia agresiva.

Transgenerismo. Anomalía de género (o variancia de género, según José A. Nieto) padecida usualmente por personas de sexo masculino, caracterizada por el deseo permanente de tener aspecto y de adoptar conductas femeninas, pero sin quitarse los genitales. Se someten a tratamientos "definitivos" de feminización hormonal y quirúrgica general para lograr el aspecto deseado. Se realizan cirugías plásticas para colocarse prótesis mamarias, siliconas en labios y glúteos, etc. Adoptan métodos de depilación definitiva y otras alternativas estéticas a los fines de lograr un "permanente" aspecto físico femenino, pero no desean modificarse sus genitales masculinos; sólo desean remodelar su cuerpo. Cambian sus roles de género pero no pretenden hacer una cirugía de reasignación. Todo transexual es un transgenerista, pero no todo transgenerista es un transexual. Esto significa que lo que le falta al transgenerista para ser considerado un transexual es la voluntad de readaptar sus genitales. / V. *Transexual*.

Transvestista. Persona que disfruta vestirse como un miembro del género opuesto a su género de nacimiento, pero que no desea cambiar su sexo de manera permanente. A estas personas también se les denomina travestis.

Trastorno. Aunque la CIE-10 reconoce que este término no es preciso, lo utiliza para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales. La CIE-10 utiliza el término "trastorno" para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos como "enfermedad" o "padecimiento".

Trastorno adaptativo. Trastorno caracterizado por la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante. Estos síntomas o comportamientos se expresan como malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante; deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica). Los síntomas no responden a una reacción de duelo, y una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses. Puede ser agudo, si la alteración dura menos de seis meses o crónico, si la alteración dura seis meses o más. Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas

predominantes, así: con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto (con ansiedad y estado de ánimo depresivo), con trastorno de comportamiento, con alteración mixta de las emociones y el comportamiento, y no especificado.

Trastorno amnésico debido a una condición médica. Caracterizado por el deterioro de la memoria, que se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva o por la incapacidad para recordar información aprendida previamente. Esta alteración provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad, no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirio o de una demencia, y es un efecto directo de la condición médica (incluyendo un traumatismo físico). Es transitorio si el deterioro de la memoria dura menos de un mes, o crónico si el deterioro de la memoria dura más de un mes.

Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias. Presenta los mismos síntomas del trastorno amnésico. La diferencia está en que la alteración de la memoria está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes de una sustancia (p. e. una droga de abuso o un medicamento como el alcohol, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, u otras sustancias) y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.

Trastorno antisocial de la personalidad. Trastorno caracterizado por un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican ítems como: fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención; deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer; impulsividad o incapacidad para planificar el futuro; irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones; despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás; irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas; y falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros. El sujeto tiene al menos 18 años y existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años. Este comportamiento no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Trastorno bipolar I, episodio maníaco único. Caracterizado por la presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores. Es de tipo mixto si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto. De acuerdo con el episodio actual o el más reciente, se le clasifica como: con síntomas catatónicos o de inicio en el posparto (primeras 4 semanas del posparto).

Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo. Caracterizado porque actual o recientemente ha habido al menos un episodio maníaco o un episodio mixto. De acuerdo con el episodio actual o el más reciente se le clasifica como crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos o de inicio en el posparto (primeras 4 semanas del posparto).

Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco. Caracterizado porque actual o recientemente ha habido un episodio hipomaníaco, y previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro

social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco. Caracterizado porque actual o recientemente ha habido un episodio maníaco, y previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto. De acuerdo con el episodio actual o el más reciente se le clasifica como: con síntomas catatónicos o de inicio en el posparto (primeras 4 semanas del posparto).

Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto. Caracterizado porque actual o recientemente ha habido un episodio mixto, y previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto. De acuerdo con el episodio actual o el más reciente se le clasifica como: con síntomas catatónicos o de inicio en el posparto (primeras 4 semanas del posparto).

Trastorno bipolar II. Caracterizado por la presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores, de al menos un episodio hipomaníaco, y ausencia de episodios maníacos. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. De acuerdo con el episodio actual o el más reciente, se le clasifica como hipomaníaco o depresivo. Si el episodio afectivo actual o más reciente es depresivo, se le clasifica como: con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos o de inicio en el posparto (primeras 4 semanas del posparto).

Trastorno *borderline* (fronterizo) de la personalidad. Trastorno caracterizado por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican ítems como: esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado; un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación; alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable; impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. e. gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida); comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación; inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. e. episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días); sentimientos crónicos de vacío; ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. e. muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes); e ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Trastorno catatónico debido a una condición médica general. Se caracteriza por la presencia de inmovilidad motora, actividad motora excesiva (aparentemente sin propósito y que no es influida por estímulos externos), negativismo extremo o mutismo, movimientos voluntarios peculiares y ecolalia o ecopraxia. Esta alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Trastorno de angustia debido a una condición médica general. Trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de ansiedad prominente, crisis de angustia, obsesiones o compulsiones. Estas alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica y provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de

la actividad del individuo. Este trastorno se clasifica como: con ansiedad generalizada, cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades; con crisis de angustia, cuando predominan las crisis de angustia, y con síntomas obsesivo-compulsivos, cuando predominan las obsesiones o las compulsiones.

Trastorno de angustia generalizada. Trastorno caracterizado por la presencia de ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de seis meses. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. Su ansiedad y preocupación se asocian a síntomas como: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, y alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador). La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno de Asperger. Trastorno generalizado del desarrollo en el que se da una alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por características como una importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social; incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto; ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. e. no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés); ausencia de reciprocidad social o emocional; y patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados. Este trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastorno de aprendizaje. Trastorno caracterizado porque el rendimiento del individuo en lectura, cálculo o expresión escrita es sustancialmente inferior al esperado por edad, escolarización y nivel de inteligencia, según indican pruebas normalizadas administradas individualmente. Estos problemas interfieren significativamente el rendimiento académico o las actividades cotidianas que requieren lectura, cálculo o escritura; y el problema no es debido a un déficit sensorial.

Trastorno de conversión. Trastorno somatoforme caracterizado por síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes. Además, el síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación). El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica, y tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales. Dependiendo del síntoma o el déficit, se clasifica como: con síntoma o déficit motor, con crisis y convulsiones, con síntoma o déficit sensorial, o de presentación mixta.

Trastorno de identidad por disociación. Trastorno disociativo caracterizado por la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo). Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo y hay una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. e. comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica (p. e. crisis parciales complejas).

Trastorno de identidad sexual. Trastorno de la identidad de género caracterizado por la identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales). En los niños el trastorno se manifiesta por rasgos como: deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo; en los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina; preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo; deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo; y preferencia marcada por compañeros del otro sexo. En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo. Hay además un malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol. En los niños la alteración se manifiesta por rasgos como: en los niños, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene y aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina. En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. e. pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Según la edad actual, se clasifica como: trastorno de la identidad sexual en niños o trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos. Puede presentarse (en individuos sexualmente maduros): con atracción sexual por los hombres, con atracción sexual por las mujeres, con atracción sexual por ambos sexos o sin atracción sexual por ninguno.

Trastorno de la erección en el hombre. Trastorno de la excitación sexual caracterizado por la incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual. La alteración provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica. Puede ser de toda la vida o adquirido, general o situacional, y debido a factores psicológicos o debido a factores combinados.

Trastorno de la excitación sexual en la mujer. Trastorno de la excitación sexual caracterizado por la incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto otra disfunción sexual) y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica. Puede ser de toda la vida o adquirido, general o situacional, y debido a factores psicológicos o debido a factores combinados.

Trastorno de la expresión escrita. Trastorno del aprendizaje caracterizado porque las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad, e interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (p. e. escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados).

Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. Trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria caracterizado por la alteración de la alimentación manifestada por una dificultad persistente para comer adecuadamente, con incapacidad significativa para aumentar de peso o con pérdidas significativas de peso. Esta alteración no se debe a una enfermedad gastrointestinal ni a otra condición médica asociada (p. e. reflujo esofágico) y su inicio es anterior a los 6 años de edad.

Trastorno de la lectura. Trastorno del aprendizaje caracterizado porque el rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad, e interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.

Trastorno de la personalidad por dependencia. Trastorno caracterizado por una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican ítems como: la persona tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás; necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida; tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación; tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía); va demasiado lejos llevada por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables; se siente incómoda o desamparada cuando está sola debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí misma; cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita; está preocupada de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí misma.

Trastorno de la personalidad por evitación. Trastorno caracterizado por un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican ítems como: la persona evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo; es reacia a implicarse con la gente si no está segura de que va a agradar; demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzada o ridiculizada; está preocupada por la posibilidad de ser criticada o rechazada en las situaciones sociales; está inhibida en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad; se ve a sí misma socialmente inepta, personalmente poco interesante o inferior a los demás; y es extremadamente reacia a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

Trastorno de la Tourette. Trastorno por tics consistente en tics motores múltiples y uno o más tics vocales (una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico y estereotipado). Los tics aparecen varias veces al día (habitualmente en oleadas) casi cada día o intermitentemente. Este trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, su inicio es anterior a los 18 años de edad, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco o de una condición médica. Este síndrome demuestra que el sistema extrapiramidal no tiene que ver exclusivamente con el control del movimiento, sino que tiene componentes emocionales notorios. A esta conclusión se llega por la relación de las alteraciones extrapiramidales con el estrés y porque los automatismos del sistema extrapiramidal tienen también un significado especial, como se observa en las palabras que emiten las personas con este síndrome.

Trastorno de movimientos estereotipados. Trastorno de la infancia, niñez y adolescencia caracterizado por un comportamiento motor repetitivo, que parece impulsivo, y no funcional (p. e. sacudir o agitar las manos, balancear el cuerpo, dar cabezazos, mordisquear objetos, morderse, pinchar la piel u orificios corporales, golpear el propio cuerpo). Este comportamiento interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinfligidas que requieren tratamiento médico o que provocarían una lesión si no se tomaran medidas preventivas, y no se explica mejor por una compulsión, un tic, una estereotipia que forma parte de un trastorno generalizado del desarrollo, ni se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una condición médica.

Trastorno de Rett. Trastorno generalizado del desarrollo caracterizado por la aparición de las características siguientes después del período de desarrollo normal: 1) Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad; 2) Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. e. escribir o lavarse las manos); 3) Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente); 4) Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco; y 5) Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Trastorno del cálculo. Trastorno del aprendizaje caracterizado porque la capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas admi-

nistradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de la esperada dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad, e interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.

Trastorno del desarrollo de la coordinación. Trastorno de las habilidades motoras caracterizado porque el rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (p. e. caminar, gatear, sentarse), caérsele los objetos de la mano, mal rendimiento en deportes o caligrafía deficiente. Interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.

Trastorno delirante. Trastorno psicótico caracterizado por la presencia de ideas delirantes no extrañas (p. e. que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia, engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad); además, puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o una enfermedad médica. Los tipos de trastorno delirante son: 1) **Erotomaníaco**: ideas delirantes de que otra persona, en general de un estatus superior, está enamorada del sujeto; 2) **De grandiosidad**: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa; 3) **Celotípico**: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel; 4) **Persecutorio**: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma; 5) **Somático**: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica; 6) **Mixto**: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tema; y 7) **No especificado**.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Trastorno caracterizado por el predominio de una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por estados como: estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades o estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. Estos síntomas aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia y persisten durante un período sustancial de tiempo (p. e. alrededor de un mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. / **Tipos**: con síntomas depresivos, si el estado de ánimo predominante es depresivo; con síntomas maníacos, si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable; con síntomas mixtos, si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine. De acuerdo al momento del inicio, se le clasifica como: de inicio durante la intoxicación, si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación; y de inicio durante la abstinencia, si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

Trastorno del lenguaje expresivo. Trastorno de la comunicación caracterizado porque las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. Puede manifestarse clínicamente a través de síntomas que incluyen un vocabulario sumamente limitado, cometer errores en los tiempos verbales o experimentar dificultades en la memorización de palabras o en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto. Estas dificultades interfieren el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.

Trastorno del orgasmo femenino. Trastorno del orgasmo caracterizado por la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal. Las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica. Puede ser de toda la vida o adquirido, general o situacional, y debido a factores psicológicos o debido a factores combinados.

Trastorno del orgasmo masculino. Trastorno del orgasmo caracterizado por la ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal, en el transcurso de una relación sexual normal. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales y no es debido exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica. Puede ser de toda la vida o adquirido, general o situacional, y debido a factores psicológicos o debido a factores combinados.

Trastorno del sueño debido una condición médica general. Trastorno caracterizado por la alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para requerir una atención clínica independiente. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio hay pruebas de que las alteraciones del sueño son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de otro trastorno (p. e. trastorno adaptativo en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave), y provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Puede ser de tipo insomnio, tipo hipersomnia, tipo parasomnia o tipo mixto (si hay más de una alteración del sueño, pero ninguna predomina).

Trastorno del sueño inducido por el abuso de una sustancia psicoactiva. Trastorno caracterizado por la alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente. A partir de la historia clínica, la exploración física, o los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que los síntomas aparecen durante la intoxicación o la abstinencia, o dentro del mes siguiente y que el fármaco está relacionado etiológicamente con la alteración del sueño. Además, la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o fármaco); los síntomas persisten por un período considerable de tiempo (p. e. alrededor de un mes) tras el período agudo de abstinencia o intoxicación grave, o exceden claramente de los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias inde-

T

pendiente. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Puede ser de tipo insomnio, tipo hipersomnia, tipo parasomnia o tipo mixto (si hay más de una alteración del sueño y ninguna predomina). De acuerdo al momento de inicio, puede ser de inicio durante la intoxicación (si se cumplen los criterios para intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación), o de inicio durante la abstinencia (si se cumplen los criterios para abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia).

Trastorno del sueño por ritmo circadiano. Trastorno caracterizado por la presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las exigencias exógenas de espaciamiento y duración del sueño, por otra. Las alteraciones del sueño provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica. Puede ser de tipo sueño retrasado, cuando hay un patrón de sueño persistente que consiste en acostarse y despertarse tarde, con incapacidad para conciliar el sueño y levantarse a horas más tempranas pese a desearlo; tipo *jet lag*, en el que hay somnolencia y estado de alerta presentes en momentos del día inadecuados, y que aparece después de repetidos viajes transmeridionales a zonas con diferente horario; tipos cambios de turno de trabajo, insomnio que aparece durante las horas que el individuo debería dormir o somnolencia excesiva durante las horas en que debería estar despierto, debido a un turno de trabajo nocturno o a un cambio repetido del turno de trabajo; y tipo no especificado.

Trastorno depresivo mayor. Trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de síntomas, durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, como lo son: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros (en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable); disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día; pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día; insomnio o hipersomnia casi cada día, agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido); fatiga o pérdida de energía casi cada día; sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo); disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena); y pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Estos síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica, y persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. / **Trastorno depresivo mayor, episodio único**: caracterizado por la presencia de un único episodio de-

presivo mayor. Se le clasifica como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total y no especificado. Al episodio actual o el más reciente se le clasifica como crónico, con aspecto catatónico, con aspecto melancólico, con características atípicas o de inicio después del parto. / **Trastorno depresivo mayor, recurrente**: caracterizado por la presencia de dos o más episodios depresivos mayores, con un intervalo de al menos dos meses seguidos. De acuerdo al estado del episodio actual o más reciente se le clasifica como moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total, y no especificado. Al episodio actual o el más reciente se le clasifica como crónico, con aspecto catatónico, con aspecto melancólico, con características atípicas o de inicio después del parto.

Trastorno desintegrativo infantil. Trastorno generalizado del desarrollo caracterizado por un desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, y una posterior pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en áreas como el lenguaje expresivo o receptivo, las habilidades sociales o el comportamiento adaptativo, el control intestinal o vesical, el juego, las habilidades motoras; y anormalidades como la alteración cualitativa de la interacción social, alteraciones cualitativas de la comunicación, patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.

Trastorno de sueño relacionado con problemas respiratorios. Trastorno caracterizado por una desestructuración del sueño que provoca somnolencia excesiva o insomnio y que se considera secundaria a una patología respiratoria relacionada con el sueño (p. e. síndromes de apnea obstructiva del sueño o de apnea central del sueño o de hipoventilación alveolar central). La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de otra enfermedad médica (diferente de un trastorno de la respiración relacionado con el sueño).

Trastorno dismórfico. Trastorno caracterizado por la preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. **Trastorno disocial.** Trastorno caracterizado por ser un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad. Estos patrones suelen ser: agresión a personas y animales (p.e. la persona a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros, a menudo inicia peleas físicas, ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas, etc.); destrucción de la propiedad (p.e. la persona ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves o ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas); fraudulencia o robo (p.e. la persona ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona o a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones); y violaciones graves de normas (p.e. la persona a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas o se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad). Este trastorno provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Trastorno esquizoafectivo. Trastorno psicótico caracterizado por un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. e. descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos (p.e. aplanamiento afectivo, alogia o abulia). La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o una enfermedad médica. Este trastorno se clasifica como de tipo bipolar si la alteración incluye un episodio maníaco (v. *Episodio maníaco*) o mixto (v. *Episodio mixto*), o de tipo depresivo si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores.

Trastorno esquizofreniforme. Trastorno psicótico caracterizado por la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. e. descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos (p.e. aplanamiento afectivo, alogia o abulia), lo anterior sin que haya habido consumo de sustancias o alguna enfermedad médica. Suele haber confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico; la persona tiene una buena actividad social y laboral premórbida, y ausencia de aplanamiento o embotamiento afectivos.

T

Trastorno esquizoide de la personalidad. Trastorno caracterizado por un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican puntos como: la persona ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia; escoge casi siempre actividades solitarias; tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona; disfruta con pocas o ninguna actividad; no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado; se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás; y muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Trastorno esquizotípico de la personalidad. Trastorno caracterizado por un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican puntos como: ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia); creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. e. superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas); experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales; pensamiento y lenguaje raros (p. e. vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado); suspicacia o ideación paranoide; afectividad inapropiada o restringida; comportamiento o apariencia raros, excéntricos o peculiares; falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado; y ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno

mismo. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Trastorno explosivo intermitente. Trastorno del control de impulsos caracterizado por la presencia de varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante. Los episodios no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica.

Trastorno facticio. Trastorno en el que la persona finge o produce de manera intencionada signos o síntomas físicos o psicológicos, con los cuales busca asumir el papel de enfermo, y en ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. e. una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación). Los tipos de trastorno facticio son: trastorno facticio con signos y síntomas predominantemente psicológicos; trastorno facticio con signos y síntomas predominantemente físicos; y trastorno facticio con signos y síntomas psicológicos y físicos combinados.

Trastorno fonológico. Trastorno de la comunicación caracterizado por la incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (p. e. errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro (utilización del sonido /t/ en lugar de /k/ u omisiones de sonidos tales como consonantes finales). Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

Trastorno histriónico de la personalidad. Trastorno caracterizado por un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican ítems como: la persona no se siente cómoda en las situaciones en las que no es el centro de la atención; la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador; muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante; utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí misma; tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices; muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional; es sugestionable y fácilmente influenciable por los demás o por las circunstancias; y considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo. Trastorno de la comunicación caracterizado porque las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales. Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

Trastorno narcisista de la personalidad. Trastorno caracterizado por un patrón

general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican ítems como: la persona tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. e. exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados); está preocupada por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios; cree que es "especial" y única y que sólo puede ser comprendida por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto estatus; exige una admiración excesiva; es muy pretenciosa (p. e. tiene expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas); es interpersonalmente explotadora (p.e. saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas); carece de empatía (es reacia a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás); frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian; y presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

Trastorno negativista desafiante. Caracterizado por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante en el que se presentan comportamientos como: la persona a menudo se encoleriza e incurre en pataletas, discute frecuentemente con adultos, desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus obligaciones, molesta deliberadamente a otras personas, es colérico y resentido, entre otros. Este trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

Trastorno obsesivo compulsivo (**TOC**). Trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos; éstos no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos, y reconoce que son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento). Las compulsiones son comportamientos (p. e. lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. e. rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de una hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social. / (Neuropsi.) Hay evidencias a favor de que el TOC tiene una base genética; los fármacos efectivos en su tratamiento actúan bloqueando la recaptura de serotonina en las terminales de las neuronas que liberan este neurotransmisor. Por la reactividad farmacológica del trastorno a la clorimipramina, se piensa que el TOC se debe a una altera-

ción en las sinapsis serotoninérgicas. Las drogas que aumentan la disponibilidad de la serotonina suprimen los síntomas del trastorno. Entre los instrumentos que evalúan las obsesiones y compulsiones se encuentran: la *Escala para las obsesiones compulsiones de Yale Brown*, de Goodman y col. (1989); el *Inventario de Padua*, de Sanavio (1988); el *Cuestionario de Invasiones Cognitivas (CIQ)* de Freeston y col. (1991); la *Entrevista Estructurada sobre Neutralización*, de Freeston y col. (1995); y el *Inventario de Creencias sobre las Obsesiones (IBRO)*, de Freeston y col. (1993).

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Trastorno caracterizado por un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican ítems como: preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad; perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas; dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes); excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión); incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental; es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas; adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras; y muestra rigidez y obstinación.

Trastorno paranoide de la personalidad Trastorno caracterizado por la desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican síntomas como la sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar; preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios; reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra; en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores; alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios; percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar; y sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Trastorno por aversión al sexo. Trastorno del deseo sexual caracterizado por una aversión extrema persistente o recurrente hacia, y con evitación de, todos (o prácticamente todos) los contactos sexuales genitales con una pareja sexual. La alteración provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. Puede ser de toda la vida o adquirido, general o situacional, y debido a factores psicológicos o debido a factores combinados.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Trastorno caracterizado por factores como desatención (p.e. la persona no presta atención suficiente, tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas, o para organizar tareas y actividades), hiperactividad (p.e. a menudo la persona mueve en exceso manos o pies, corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo, tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio, habla en exceso, etc.), e impulsividad (p.e. la persona se entromete en conversaciones o juegos). Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. e. en el colegio y en la casa).

Trastorno por despersonalización. Trastorno disociativo caracterizado por experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. e. sentirse como si se estuviera en un sueño). Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto. La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica.

Trastorno por estrés agudo. Trastorno de ansiedad caracterizado porque la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás; y la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta síntomas disociativos como: sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional, reducción del conocimiento de su entorno (p. e. estar aturdido), desrealización, despersonalización y amnesia disociativa (p. e. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma). El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en forma de imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático. Además, hay evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. e. pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas). Hay también síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) (p. e. dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora), alteraciones que provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables. Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

Trastorno por estrés postraumático. Trastorno de ansiedad caracterizado que surge cuando la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que 1) Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás; además, la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados. El acontecimiento traumático es reexperimentado

persistentemente a través de: recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones (en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma); sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar (en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible); el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse); malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático; y respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático; 2) Hay una evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma): esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático; esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma; incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma; reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas; sensación de desapego o enajenación frente a los demás; restricción de la vida afectiva; y sensación de un futuro desolador; y 3) Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausente antes del trauma): dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. Estas alteraciones se prolongan más de un mes y provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Se le clasifica como agudo si los síntomas duran menos de tres meses, crónico si los síntomas duran tres meses o más y de inicio demorado si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

Trastorno por pesadillas. Trastorno del sueño caracterizado por despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vívidos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño. Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia). Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

Trastorno por rumiación. Trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez, caracterizado por la presencia de regurgitaciones repetidas, sin náuseas o enfermedad gastrointestinal asociada, y por la pérdida de peso o incapacidad para alcanzar el peso normal.

Trastorno por somatización. Trastorno somatoforme caracterizado por una historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un

deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Sus síntomas son: 1) Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. e. cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción); 2) Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. e. náuseas, distensión abdominal, vómito, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos); 3) Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. e. indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo); y 4) Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo). Ninguno de estos síntomas se explica por los efectos directos de una sustancia, no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

Trastorno por tics motores o vocales crónicos. Trastorno caracterizado por la presencia de tics vocales o motores simples o múltiples (vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos ni estereotipados), pero no ambos. Los tics aparecen varias veces al día casi cada día o intermitentemente durante por lo menos un año, la alteración causa un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, su inicio es anterior a los 18 años de edad, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una condición médica.

Trastorno por tics transitorios. Trastorno caracterizado por la presencia de tics motores y/o vocales simples o múltiples (vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados). Los tics aparecen varias veces al día, no más de 12 meses consecutivos. Esta alteración causa un notable malestar o un deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, su inicio es anterior a los 18 años de edad, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una condición médica.

Trastorno psicótico breve. Trastorno caracterizado por la presencia de síntomas como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (p. e. disperso o incoherente) y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, a un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica. Además, la duración de un episodio de la alteración es de al menos un día, pero inferior a un mes, con retorno completo al nivel premórbido de actividad. Los tipos de trastorno psicótico breve son: 1) **Con desencadenante**(**s**) **grave**(**s**) (**psicosis reactiva breve**): si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural; 2) **Sin desencadenante**(**s**) **grave**(**s**): si los síntomas psicóticos no se presen-

tan poco después o no parecen una respuesta a acontecimientos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.

Trastorno psicótico compartido. Trastorno caracterizado porque se desarrolla una idea delirante en un sujeto en el contexto de una relación estrecha con otra(s) persona(s) que ya tiene(n) una idea delirante establecida; además, la idea delirante es parecida en su contenido a la de la persona que ya tenía la idea delirante. Esta alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno psicótico (p. e. esquizofrenia) o de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica.

Trastorno psicótico debido a una condición médica. Trastorno caracterizado por la presencia de alucinaciones o ideas delirantes acusadas, originadas como efecto fisiológico directo de una enfermedad médica. Pueden presentarse síntomas como ideas delirantes y alucinaciones.

Trastorno psicótico inducido por sustancias. Trastorno caracterizado por la presencia de alucinaciones o ideas delirantes, que aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias (p.e. alcohol, alucinógenos, cannabis, anfetaminas, inhalantes, etc.). Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. e. alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias.

Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez . Trastorno caracterizado por la presencia de relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad, y puestas de manifiesto por aspectos como la incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias, o vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (p. e. excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación).

Trastorno sexual no especificado. Trastorno somatoforme caracterizado por síntomas físicos como fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios, entre otros, que no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia. Cuando hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, y provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Cabe anotar que éstos no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación).

Trastornos amnésicos. V. *Trastorno amnésico debido a una condición médica* y

Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.

Trastornos bipolares. V. *Trastorno bipolar I, episodio maníaco único*, *Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco*, *Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco*, *Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto*, *Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo*, *Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado*, *Trastorno bipolar II*, *Ciclotimia*, *Trastorno bipolar no especificado*, *Trastorno del estado de ánimo debido a una condición médica general* y *Trastorno del estado de ánimo no especificado*.

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. V. *Retraso mental*, *Trastornos de la comunicación*, *Trastornos de la conducta alimentaria*, *Trastornos de la eliminación*, *Trastornos de las habilidades motoras*, *Trastornos del aprendizaje*, *Trastornos generalizados del desarrollo*, *Trastornos por déficit de atención y conductas perturbadoras*, *Trastornos por tics*, y *Otros trastornos de la infancia, niñez y adolescencia*.

Trastornos de la comunicación. V. *Tartamudeo*, *Trastorno del lenguaje expresivo*, *Trastorno fonológico* y *Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo*.

Trastornos de la conducta alimentaria. V. *Anorexia nerviosa* y *Bulimia nerviosa*.

Trastornos de la eliminación. V. *Encopresis* y *Enuresis*.

T

Trastornos de la excitación sexual. V. *Trastorno de la erección en el hombre* y *Trastorno de la excitación sexual en la mujer*.

Trastornos de la identidad de género (sexual). V. *Trastorno de identidad sexual*.

Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez . V. *Pica*, *Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez* y *Trastorno por rumiación*.

Trastornos de la memoria. V. *Memoria*.

Trastornos de la personalidad. Trastorno caracterizado por un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en áreas como la cognición (p. e. formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos), la afectividad (p. e. la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional), la actividad interpersonal y el control de los impulsos. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales, y provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta; no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental, y no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica (V. *Trastorno antisocial de la personalidad*, *Trastorno borderline (fronterizo) de la personalidad*, *Trastorno de la personalidad por evitación*, *Trastorno dependiente de la personalidad*, *Trastorno esquizoide de la personalidad*, *Trastorno esquizotípico de la personalidad*, *Trastorno histriónico de la personalidad*, *Trastorno narcisista de la personalidad, Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad* y *Trastorno paranoide de la personalidad*).

Trastornos de las habilidades motoras. V. *Trastorno del desarrollo de la coordinación*.

Trastornos del aprendizaje. V. *Trastorno de la expresión escrita*, *Trastorno de la lectura* y *Trastorno del cálculo*.

Trastornos del comportamiento alimenticio. Trastornos en los cuales las personas no tienen un comportamiento normal o común con la comida. Son tres los trastornos de comportamiento alimenticio reconocidos: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros desórdenes alimenticios no especificados. Los tres están definidos como enfermedades con complicaciones físicas, es decir que afectan el estado normal del cuerpo, poniendo en riesgo la salud física y mental. Sus causas son fundamentalmente de tipo psicológico y sociocultural. Las causas de tipo psicológico son: un ámbito familiar en el que predominen padres muy exigentes, impositivos y rígidos en el establecimiento de límites; preexistencia de algún familiar con trastornos alimenticios o adicciones; padres con problemas para establecer interrelaciones con otras personas; padres ambiciosos y sobreprotectores; familias que no resuelven sus conflictos, que evitan hablar de los mismos y evaden cualquier situación crítica (en este tipo de familias, el paciente suele ser usado para desviar los problemas de los padres); familias con problemas graves y relaciones caóticas; personas dependientes afectivas y con dificultades para separarse de sus padres; personas controladoras; personas con pensamientos polarizados o muy radicales; escrupulosidad; irritabilidad; aislamiento social; perfeccionismo; autoestima dependiente de su peso y figura; insatisfacción con el propio cuerpo; deseo permanente de ser flaco; personalidad compulsiva; inseguridad; alta necesidad de complacer o acomodarse a otros; imagen corporal distorsionada; fuertes sentimientos de inferioridad; ansiedad; poca confianza en sí mismos; creer que sólo el trastorno alimenticio los mantiene en su peso; estar viviendo una etapa dura en la vida o una etapa de transición; y posibles víctimas de traumas emocionales en la infancia o la adolescencia. Entre los factores socioculturales que pueden influir en el desarrollo de estos trastornos se encuentran: presión social por parte de una persona significativa y cercana en la vida del paciente; una cultura que enaltece los valores de la delgadez y la salud como parámetros de éxito y triunfo, así como la "vida sana"; la práctica de actividades en las que el peso y la apariencia física son de gran importancia; prejuicios sociales hacia las personas con sobrepeso; e incremento controlado de dietas, métodos y programas de adelgazamiento. / El tratamiento de los trastornos alimenticios debe procurar entender el trastorno en la persona para ayudarla a encontrar alternativas, de manera que pueda llegar a manejar adecuadamente la enfermedad. Es importante que todas las áreas -psiquiátrica, psicológica y nutricional- sean tratadas al tiempo para lograr un mejor manejo de éstas. El tratamiento no sólo debe ir dirigido al paciente, sino que también debería incluir un trabajo con la familia. El tratamiento está compuesto por: psicoterapia (terapia individual, familiar y de grupo) y programas de apoyo nutricional. También suele incluir el suministro de medicamentos y el ejercicio.

Trastornos del control de impulsos. V. *Cleptomanía*, *Juego patológico*, *Piromanía*, *Trastorno explosivo intermitente* y *Tricotilomanía*.

Trastornos del deseo sexual. V. *Deseo sexual inhibido (hipoactivo)* y *Trastorno por aversión al sexo*.

Trastornos del estado de ánimo. V. *Trastornos bipolares* y *Trastornos depresivos*.

Trastornos del movimiento inducidos por la medicación. Se incluyen los siguientes trastornos motores inducidos por medicamentos debido a su frecuente importancia en: el tratamiento de los trastornos mentales o de las enfermedades médicas y el diagnóstico diferencial con otros trastornos (p. e. trastorno de ansiedad versus acatisia provocada

por neurolépticos; catatonía versus síndrome neuroléptico maligno). Aunque estos trastornos se califican como "inducidos por medicamentos", es difícil establecer la relación causal entre la administración del medicamento y la aparición del trastorno motor, especialmente porque estos trastornos también aparecen en ausencia de medicación. El término neuroléptico es ampliamente usado para referirse a medicamentos con propiedades antagonistas sobre el receptor dopaminérgico. Incluye los llamados agentes antipsicóticos "típicos" (p. e. clorpromacina, haloperidol, flufenacina), los agentes antipsicóticos "atípicos" (p. e. clozapina), algunos fármacos que bloquean el receptor dopaminérgico utilizados en el tratamiento de síntomas como náuseas y gastroparesia (p. e. proclorperacina, prometacina, trimetobenzamida, tietilperacina y metoclopramida), y la amoxapina, que está considerada un antidepresivo. Se clasifican en: 1) **Parkinsonismo inducido por neurolépticos**: temblor parkinsoniano, rigidez muscular o acinesia (**f**alta, pérdida o cese de movimiento) que aparecen a las pocas semanas de iniciar o aumentar la dosis de un neuroléptico (o después de disminuir la medicación utilizada); 2) **Trastornos motores** inducidos por medicamentos para tratar síntomas extrapiramidales; 3) **Síndrome neuroléptico maligno**: rigidez muscular grave, temperatura elevada y otros síntomas (p. e. sudoración, disfagia, incontinencia, alteraciones del nivel de conciencia que van de la confusión al coma, mutismo, elevación o labilidad en la tensión arterial, elevación de la creatinfosfocinasa que aparecen con el consumo de neurolépticos; 4) **Distonía aguda inducida por neurolépticos**: posición anormal o espasmo de los músculos de la cabeza, el cuello, las extremidades o el tronco que aparecen varios días después de iniciar o aumentar la dosis de neurolépticos (o después de disminuir la medicación utilizada para tratar los síntomas extrapiramidales); 5) **Acatisia aguda inducida por neurolépticos**: quejas subjetivas de inquietud que se acompañan de movimientos observables (p. e. movimientos de piernas, balanceo de pierna a pierna, paseos o incapacidad para permanecer sentado o estar en pie) que aparecen varias semanas después de iniciar o aumentar la dosis de neurolépticos (o después de disminuir la medicación utilizada para tratar los síntomas extrapiramidales); 6) **Discinesia tardía inducida por neurolépticos**: movimientos involuntarios de tipo coreiforme, atetoide o rítmicos (que duran varias semanas) de la lengua, la mandíbula o las extremidades, que aparecen asociados al consumo de neurolépticos durante varios meses (puede ser durante un corto período de tiempo en los ancianos); 7) **Temblor postural inducido por medicamentos**: temblor fino que aparece durante los intentos por mantener una postura que se asocia al consumo de un medicamento (p. e. litio, antidepresivos, ácido valproico); y 8) **Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado**: trastornos del movimiento inducidos por medicamentos no clasificados en ninguno de los trastornos específicos mencionados antes. Los ejemplos incluyen: 1) Parkinsonismo, acatisia aguda, distonía aguda o movimientos discinéticos relacionados con medicamentos distintos de los neurolépticos; 2) Cuadros clínicos que recuerdan el síndrome neuroléptico maligno relacionados con medicamentos distintos de los neurolépticos, y 3) Distonía tardía.

Trastornos del orgasmo. V. *Eyaculación precoz*, *Trastorno del orgasmo femenino y Trastorno del orgasmo masculino.*

Trastornos del sueño. V. *Sueño*.

Trastornos del sueño relacionados con otros trastornos mentales. V. *Hipersomnia relacionada con un trastorno mental* e *Insomnio relacionado con un trastorno mental.*

T

Trastornos del uso de cannabis. Son: abuso del cannabis (v. *Abuso*) y dependencia del cannabis (v. *Dependencia*).

Trastornos del uso de la cocaína. Son: abuso de la cocaína (v. *Abuso*) y dependencia de la cocaína (v. *Dependencia*).

Trastornos del uso de opiáceos. Son: abuso de opiáceos (v. *Abuso*) y dependencia de opiáceos (v. *Dependencia*).

Trastornos del uso de Feniclidina (**PCP**). Son: abuso de PCP (v. *Abuso*) y dependencia de PCP (v. *Dependencia*).

Trastornos del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Son: abuso de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (v. *Abuso*) y dependencia de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (v. *Dependencia*).

Trastornos depresivos. Son: Distimia, Trastorno depresivo mayor y Trastorno depresivo no identificado.

Trastornos disociativos. V. *Amnesia disociativa*, *Fuga disociativa*, *Trastorno de identidad por disociación* y *Trastorno por despersonalización*.

Trastornos facticios. V. *Trastorno facticio*.

Trastornos generalizados del desarrollo V. *Autismo*, *Trastorno de Asperger*, *Trastorno de Rett* y *Trastorno desintegrativo infantil*.

Trastornos inducidos por cannabis. Son: intoxicación delirante, intoxicación, trastorno de ansiedad, trastorno no especificado y trastorno psicótico inducido por cannabis (con delirios o con alucinaciones).

Trastornos inducidos por el abuso de alcohol. Son: delirio por intoxicación alcohólica, delirio por síndrome de abstinencia, demencia persistente, disfunción sexual, intoxicación, síndrome de abstinencial, trastorno de amnesia persistente, trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, trastorno del sueño, trastorno no especificado, y trastorno psicótico (con ideas delirantes o con alucinaciones).

Trastornos inducidos por el abuso de anfetaminas. Son: delirio por intoxicación, disfunción sexual, intoxicación, síndrome de abstinencia de anfetaminas, trastorno de ansiedad, trastorno de sueño, trastorno del estado de ánimo, trastorno mental no especificado y trastorno psicótico (con delirios o con alucinaciones).

Trastornos inducidos por el uso de inhalantes. Son: delirio por intoxicación, demencia persistente, intoxicación, trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, trastorno no especificado y trastorno psicótico (con delirios o con alucinaciones).

Trastornos inducidos por el uso de la cocaína. Son: delirio por intoxicación, disfunción sexual, intoxicación, síndrome de abstinencia, trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, trastorno del sueño, trastorno no especificado y trastorno psicótico (con delirios o con alucinaciones).

Trastornos inducidos por el uso de nicotina. Son: síndrome de abstinencia y trastorno no especificado.

Trastornos inducidos por el uso de opiáceos. Son: delirio por intoxicación, disfunción sexual, intoxicación, síndrome de abstinencia, trastorno del estado de ánimo, trastorno del sueño, trastorno no especificado y trastorno psicótico (con delirios o con alucinaciones).

Trastornos inducidos por el uso de PCP. Son: delirio por intoxicación, intoxicación, trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, trastorno no especificado y trastorno psicótico (con delirios y con alucinaciones).

Trastornos inducidos por el uso de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Son: delirio por intoxicación, demencia persistente, disfunción sexual, intoxicación, síndrome de abstinencia de sedantes (v. Síndrome de abstinencia), trastorno amnésico persistente, trastorno de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, trastorno del sueño, trastorno no especificado y trastorno psicótico.

Trastornos inducidos por la cafeína. Son: intoxicación, trastorno de ansiedad, trastorno no especificado y trastorno de sueño.

Trastornos médicos o psiquiátricos del sueño. Se dividen en tres grupos: **trastornos del sueño asociados con trastornos mentales** (presentes en la esquizofrenia y la depresión, entre otras), **trastornos del sueño asociados con enfermedades neurológicas** (comunes en pacientes con lesiones del tallo cerebral o con las enfermedades de Alzheimer y Parkinson), y **trastornos del sueño asociados con otras enfermedades** (por síntoma de enfermedades que se presentan durante el sueño y lo alteran: asma, epilepsia, anginas de pecho, alergias, parasitosis o tos).

Trastornos perceptuales. V. *Lóbulo temporal.*

Trastornos por ansiedad V. *Agorafobia sin historia de crisis de angustia*, *Crisis de angustia con agorafobia*, *Crisis de angustia sin agorafobia*, *Fobia específica*, *Fobia social*, *Trastorno de angustia debido a una condición médica general*, *Trastorno de angustia generalizada*, *Trastorno de ansiedad inducida por sustancias psicoactivas*, *Trastorno obsesivo compulsivo*, *Trastorno por estrés agudo* y *Trastorno por estrés post-traumático*.

Trastornos por déficit de atención y conductas disruptivas. V. *Trastorno disocial* y *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*.

Trastornos por el uso de anfetaminas (**o sustancias de acción similar**). V. *Trastornos inducidos por el abuso de anfetaminas* y *Trastornos por el uso de anfetaminas*.

Trastornos por el uso de inhalantes. Son: abuso de inhalantes (v. *Abuso*) y dependencia de inhalantes (v. *Dependencia*).

Trastornos por el uso de nicotina. Dependencia de la nicotina (v. *Dependencia*).

Trastornos por uso de sustancias psicoactivas. V. *Trastornos relacionados con el uso de alcohol*, *Trastornos relacionados con el uso de anfetaminas*, *Trastornos relacionados con el uso de cafeína*, *Trastornos relacionados con el uso de cannabis*, *Trastornos relacionados con el uso de cocaína*, *Trastornos relacionados con el uso de alucinógenos*, *Trastornos relacionados con el uso de inhalantes*, *Trastornos relacionados con la nicotina*, *Trastornos relacionados con opiáceos*, *Trastornos relacionados con la Feniciclidina (PCP) o sustancias de acción similar*, *Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos y ansiolíticos* y *otros trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas*.

Trastornos relacionados con el uso de alucinógenos. V. *Desórdenes inducidos por el uso de alucinógenos* y *Trastornos por el uso de alucinógenos*.

Trastornos relacionados con el uso de cafeína. V. *Trastornos inducidos por la cafeína*.

Trastornos relacionados con el uso de cannabis. V. *Trastornos del uso de cannabis* y *Trastornos inducidos por cannabis*.

Trastornos relacionados con el uso de cocaína. V. *Trastornos del uso de la cocaína* y *Trastornos inducidos por el uso de la cocaína*.

T

Trastornos relacionados con el uso de Fenciclidina (PCP) o sustancias de acción similar. V. *Trastornos del uso de PCP* y *Trastornos inducidos por el uso de PCP*.

Trastornos relacionados con el uso de inhalantes. V. *Trastornos inducidos por el uso de inhalantes* y *Trastornos por el uso de inhalantes*.

Trastornos relacionados con el uso del alcohol. V. *Abstinencia de alcohol* e *Intoxicación por alcohol*.

Trastornos relacionados con la nicotina. V. *Trastornos por el uso de nicotina* y *Trastornos inducidos por el uso de la nicotina*.

Trastornos relacionados con opiáceos. V. *Trastornos del uso de opiáceos* y *Trastornos inducidos por el uso de opiáceos*.

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. V. *Trastornos del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos* y *Trastornos inducidos por el uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos*.

Trastornos relacionados con sustancias. V. *Abstinencia de sustancias*, *Abuso de sustancias*, *Dependencia de sustancias* e *Intoxicación por sustancias*.

Trastornos sexuales por dolor . V. *Dispareunia* y *Vaginismo*.

Trastornos sexuales y de identidad genérica (**sexual**). V. *Disfunciones sexuales debidas a condición médica general*, *Parafilias*, *Trastornos de la excitación sexual*, *Trastornos de la identidad de género*, *Trastornos del deseo sexual*, *Trastorno del orgasmo* y *Trastornos sexuales por dolor*.

Trastornos somatoformes. V. *Dolor somatoforme*, *Hipocondriasis*, *Trastorno de conversión*, *Trastorno dismórfico*, *Trastorno por somatización* y *Trastorno somatoforme indiferenciado*.

Trastornos por tics. V. *Trastorno de la Tourette*.

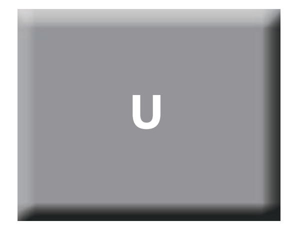
Trastornos y síndromes mentales debido a una condición médica general V. *Cambio de personalidad debido a una condición médica* y *Trastorno catatónico debido a una condición médica*.

Travesti. V. *Transvestista*.

Tricotilomanía. Trastorno del control de los impulsos caracterizado por el arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible de éste; sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se intenta resistir la práctica de ese comportamiento; y bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo. La alteración no se debe a una enfermedad médica y causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Triple sistema de respuesta. (Psi. cogn-comp.) Multicanal complejo de patrones de respuesta. Los tres canales son: 1) Canal cognitivo:son los pensamientos, ideas, creencias, etc.; 2) Canal fisiológico: son las manifestaciones del sistema nervioso autónomo; y 3) Canal motor: es el comportamiento visible de la persona.

Tronco encefálico. V. *Tallo cerebral*.



Ultrasonido. Técnica empleada para detectar posibles alteraciones en el feto, siendo la técnica más segura tanto para el feto como para la madre. Con este método pueden visualizarse las estructuras internas y externas del feto, y cabe diagnosticar las anormalidades de la estructura fetal.

Umbral. Es la intensidad de un estímulo. **/ Umbral máximo**: es la magnitud a partir de la cual no se capta ni percibe ningún cambio en la sensación, por lo cual notamos lo mismo sin variación (p.e. el umbral máximo de vibración es de 20000 vibraciones por segundo, es decir que a 21000 vibraciones no notamos el cambio). / **Umbral mínimo**: es la mínima magnitud o cantidad de estímulo que se necesita para captar una sensación (p.e. el umbral mínimo de vibración es de 16 vib/seg.; por debajo de esta magnitud ningún ser humano oye nada). / **Umbral diferencial**: es la cantidad que hay que añadir para que sea captado un cambio en una sensación (p.e. para la sensación de peso, de cada 100 grs. se necesitan 3 para notar un cambio).

V

Vaginismo. Trastorno sexual caracterizado por la aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales y no es debida exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Puede ser de toda la vida o adquirido, general o situacional, y debido a factores psicológicos o debido a factores combinados.

Validez. Este término se aplica fundamentalmente a los tests psicológicos estandarizados. Se dice que un test es válido si mide lo que se supone que debe de medir. Designa una de las propiedades de todo test bien construido según la cual éste es válido cuando mide lo que efectivamente pretende medir. Un test es inválido, por ejemplo, cuando pretende medir inteligencia pero sólo está midiendo memoria. / En el marco de la investigación cualitativa, una investigación tiene un alto nivel de validez si al observar, medir o apreciar una realidad, se observa, mide o aprecia esa realidad y no otra; es decir que la validez puede ser definida por el grado o nivel en que los resultados de la investigación reflejan una imagen clara y representativa de una realidad o situación dada. La validez es la fuerza mayor de las investigaciones cualitativas. En efecto, el modo de

recoger los datos, de captar cada evento desde sus diferentes puntos de vista, de vivir la realidad estudiada y de analizarla e interpretarla inmersos en su propia dinámica, ayuda a superar la subjetividad y da a los investigadores un rigor y una seguridad en sus conclusiones que muy pocos métodos pueden ofrecer. / **Validez de constructo**: indica en qué medida un código de observación es congruente con la teoría desde la cual se elaboró. / **Validez de contenido**: de un test se refiere al grado en el cual los ítems constituyen una muestra del constructo a ser evaluado. / **Validez de criterio**: se refiere a la relación entre la medida de un constructo y otros métodos usados para evaluar de forma independiente el mismo constructo. / **Validez externa**: propiedad de un experimento por la que los resultados obtenidos en el laboratorio son generalizables a las condiciones normales. También se le conoce como generalización de resultados. / **Validez interna**: para lograr el control o la validez interna los grupos que se comparen deben ser iguales en todo, menos en el hecho de que a un grupo se le administró el estímulo y al otro no. A veces se gradúa la cantidad del estímulo que se administra, es decir, a distintos grupos (semejantes) se les administran diferentes grados del estímulo para observar si provocan efectos distintos. La asignación al azar es –normalmente- el método preferible para lograr que los grupos del experimento sean comparables (semejantes). Lograr la validez interna es el objetivo metodológico y principal de todo experimento. Una vez que se consigue es ideal alcanzar validez externa (posibilidad de generalizar los resultados a la población, otros experimentos y situaciones no experimentales). / **Validez predictiva**: se refiere al grado de relación entre las medidas derivadas de un instrumento de evaluación y las medidas obtenidas posteriormente con otro método de evaluación del mismo constructo. La validez de la información obtenida a través de los cuestionarios o tests puede ser afectada por un número de variables específicas, como lo son: 1) Deseabilidad social (v. *Deseabilidad social*); 2) Características de la población evaluada; 3) Características de demanda de la situación de evaluación; 4) Percepción errónea o subjetiva, o falta de información sobre los ítems del cuestionario; 5) Influencias reactivas; 6) Sesgo en las respuestas; y 7) Otras variables relacionadas con la construcción y aplicación del cuestionario. / En psicología del pensamiento, designa la propiedad de todo razonamiento que respete las leyes y principios de la lógica. Por ejemplo, si al razonar hay una contradicción, se está violando el principio lógico de no-contradicción, y el razonamiento es inválido.

Valor. Carácter de las cosas que consiste en lo que son estimadas o deseadas por un sujeto o por un grupo de sujetos determinados (p.e. el agua como valor de uso, el diamante como valor de cambio), en lo que merecen ser estimadas, o en cuanto satisfacen para determinado fin. La categorización de los valores puede hacerse, según el enfoque, de forma 1) Descriptiva: ya sea corno un testimonio de lo que es considerado como algo que tiene un valor en un ambiente dado. Este testimonio es el de las ciencias humanas tales como la antropología, la psicología, la sociología; y 2) Prescriptiva: si es como una apreciación normativa que juzgará sobre el bien más o menos grande de un valor. Este enfoque es el de la ética, de la religión, del derecho, etc. La clasificación normativa puede ser hecha según unos criterios hedonistas o casi hedonistas del valor (p.e. el placer, la felicidad, la satisfacción) y unos criterios antihedonistas como la excelencia, la autorrealización, el conocimiento y el poder.

Valores. Modos de conducta y estados ideales normativos que indican cómo actuar. Determinan la normatividad en

la acción y la motivación a la acción, meta hacia la cual se dirige la conducta. Representan orientaciones éticas que inspiran los cánones o modos de ser y de comportarse considerados como los más perfectos, acabados y completos para una época y una sociedad dada, sobre cuyas creencias y costumbres influyen.

Variable. En estadística es cualquier rasgo, atributo, dimensión o propiedad capaz de adoptar más de un valor o magnitud. / **Variable dependiente**: v. *Método experimental*. / **Variable independiente**: v. *Método experimental*.

Vejez. Proceso diferencial que consiste en cambios graduales en el que intervienen un número muy considerable de variables con diferentes efectos o que dará como resultado una serie de características diferenciales muy acusadas entre las personas de la misma edad cronológica.

Verbigeración. Repetición monótona de fragmentos de frases o palabras de intensa carga afectiva.

Vida cotidiana. Conjunto de actividades que caracterizan la reproducción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de la reproducción cultural. Estas actividades lo conservan como ente natural, viviente. Pero a diferencia del animal, el hombre reproduce lo social sólo cuando desarrolla una función en la sociedad: la autorreproducción es por tanto, un momento de la reproducción de la sociedad. La vida cotidiana muestra por un lado la socialización de la naturaleza, pero también la humanización (propio, esto, del hombre). La vida cotidiana tiene, así, una historia. Todas las capacidades fundamentales, los afectos y los modos de comportamiento fundamentales con los cuales trasciendo mi ambiente y que yo remito al mundo "entero" alcanzable por mí y que yo objetivo en este mundo, en realidad me los he apropiado en el curso de la vida cotidiana: el coraje, el autocontrol, el compromiso, la gratitud, etc. La unidad de la personalidad se realiza en la vida cotidiana.

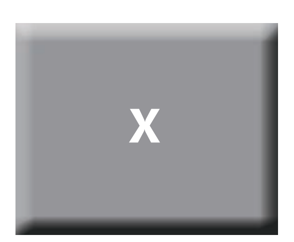
Vínculo terapéutico. En el contexto de la terapia cognitiva, Greemberg y otros destacan la importancia del vínculo terapéutico entre terapeuta y paciente para lograr un cambio, que debe estar impregnado de actitudes de empatía, ausencia de crítica, aprecio, autenticidad, etc. Admiten que la relación terapéutica es un factor contribuyente para el cambio, y más concretamente los aspectos de rapport, acogimiento, apoyo y empatía. Destacan la posibilidad de la existencia de un ambiente interpersonal facilitador como base para poder trabajar los componentes activos de la terapia.

Violencia. V. *Maltrato*. **/ Violencia simbólica:** concepto creado por el sociólogo francés Pierre Bourdieu en la década de los 70, que en Ciencias Sociales se utiliza para describir las formas de violencia no ejercidas directamente mediante la fuerza física, sino a través de la imposición por parte de los sujetos dominantes a los sujetos dominados de una visión del mundo, de los roles sociales, de las categorías cognitivas y de las estructuras mentales. Constituye por tanto una violencia casi invisible, que viene ejercida con el consenso y el desconocimiento de quien la padece, y que esconde las relaciones de fuerza que están debajo de la relación en la que se configura. Según la psicopedagoga clínica Laura Gutman, la violencia simbólica puede ser mucho más letal de lo que en principio se puede imaginar. Las diversas formas de violencia simbólica tienen la dificultad de ser primero identificadas como violencia ya que no se notan, no se saben, no se presuponen; así, pueden mantenerse mucho más tiempo en acción sin ser descubiertas. En cambio, la violencia activa es más fácil de identificar y puede ser tratada a tiempo.

Vivencia traumática. (Psicoan.) Inundación de estímulos al yo en la unidad del tiempo. Cabe anotar que el impacto que tiene sobre la personalidad un trauma físico o psicológico súbito va más allá de lo mecánico y depende tanto de la intensidad y violencia del estímulo, como de la relativa debilidad o fuerza del yo. La vivencia traumática está en la base de las llamadas neurosis traumáticas, que se presentan frente a irrupciones sorpresivas de estímulos que inundan al yo, tales como accidentes, eventualidades bélicas, etc., en las que la persona no ha tenido tiempo de utilizar la angustia como una señal de alarma.

Voluntad. Facultad psíquica que tiene el individuo para elegir entre realizar o no un determinado acto. Depende directamente del deseo y la intención de realizar un acto en concreto. / **Voluntad de sentido**: según Frankl, es el impulso innato a encontrar un significado y propósito en la propia vida.

Voyeurismo. Parafilia caracterizada por la presencia, durante un período de al menos seis meses, de fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho de observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o que se encuentran en plena actividad sexual. Las fantasías, los impulsos sexuales o los comportamientos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.



Xenofobia. Fobia social aprendida en los procesos de socialización y aprendizaje, que provoca odio y repulsión en lugar de miedos. Es el rechazo a las personas de otras razas, culturas y religiones.



Yo (o **Ego**). (Psicoan.) Desde el punto de vista estructural, es una de las tres instancias o grupos hipotéticos de fuerzas dotadas de energía dinámica, del aparato psíquico. Hasta la postulación de "El yo y el ello", Freud utiliza la concepción del Yo como sinónimo de personalidad global o bien, y en otros trabajos, como equivalente de lo consciente y de las defensas preconscientes frente a la instintividad sexual. A partir de lo estructural el yo aparece y se define: 1) Como la corteza de una superficie (la proyección en superficie del aparato mental); 2) Como la modificación que se produce en el ello por el contacto con la realidad; 3) Como un conjunto de identificaciones; 4) Como un conjunto de funciones,



algunas de ellas adjudicadas anteriormente al preconsciente y entre las que se cuentan: percepción-conciencia, acceso a la motilidad, función de censura en los sueños, y función sintética de la personalidad; y 5) Como el decantado de catexis de relaciones objetales introyectadas y abandonadas como estructuras. El Yo está constituido por identificaciones y funciones conscientes e inconscientes.

Yoga. Disciplina física y mental cuyo objetivo es alcanzar la unión mística del individuo con la Totalidad, el Universo, el Gran Ser, la Conciencia Cósmica o la Deidad.



Zen. Variedad del budismo meditativo que procura ayudar al individuo a alcanzar un estado de iluminación caracterizado por la experiencia directa de la naturaleza genuina de la realidad, sin la intermediación de abstracciones, palabras, creencias, conceptos o dualismos.

Zona erógena. (Psicoan.) Área o áreas del cuerpo en las que se cristaliza y se canaliza la instintividad de una determina etapa.

Zoofilia. Desviación de la fuente de atracción sexual, en la que la excitación se obtiene con animales.

APÉNDICE 1
Biografías

Adler, Alfred. (1870-1937) Médico austriaco. En las primeras décadas del siglo pasado originó las ideas que han sido incorporadas en la teoría contemporánea de la psicología y la psicopatología. En 1895 adquirió su grado de Doctor en la Universidad de Viena; en 1898, a la edad de 28 años, escribió su primer libro. En 1902, siendo uno de los pocos que reaccionó favorablemente al libro sobre la interpretación de los sueños de Freud, recibió postales por parte del padre del psicoanálisis sugiriéndole que se uniera al círculo que se reunía semanalmente en su casa para discutir nuevos aspectos de la psicopatología. En ese tiempo, Adler había comenzado a coleccionar material de pacientes con discapacidades físicas, estudiando sus reacciones orgánicas y psicológicas. Cinco años después, en 1907, publicó su libro sobre la inferioridad del órgano y su compensación. Desde entonces, los puntos de vista de Freud y Adler se bifurcaron. Luego de grandes discrepancias, dejó el círculo de Freud en 1911 junto con otros nueve miembros del grupo y formaron su propia escuela. Después de este incidente Freud y Adler nunca más se volvieron a ver. En 1912, Adler publicó un libro titulado *El carácter neurótico*, en el cual desarrolló sus conceptos básicos. Llamó a su sistema psicológico Psicología individual, término que a veces es mal entendido, creado luego de separarse de la escuela psicoanalítica ortodoxa. Su siguiente libro fue *Comprendiendo la naturaleza humana*. En 1932 obtuvo la primera silla de Profesor Visitante de Psicología Médica en la facultad de medicina en Long Island. Alfred Adler postuló una única "pulsión" o fuerza motivacional detrás de todos los comportamientos y experiencias. Con el tiempo, su teoría se fue transformando en una más madura, pasando a llamarse a este instinto, *afán de perfeccionismo*. Constituye ese deseo de desarrollar al máximo nuestros potenciales con el fin de llegar cada vez más a nuestro ideal. Planteó también que las personas son impulsadas hacia sus metas, sus propósitos, sus ideales, lo que denominó *teleología*. El atraer cosas del pasado hacia el futuro tiene ciertos efectos dramáticos. Dado que el futuro todavía no ha llegado, un acercamiento teleológico de la motivación supone escindir la necesidad de las cosas; habló del *finalismo ficticio*, tendencia que se manifiesta cuando los individuos viven con la creencia que el mundo estará aquí mañana, como si se conociera en su totalidad lo que es malo y bueno, como si todo lo que se ve fuera realmente así, y así sucesivamente (la ficción descansa en el futuro, y al mismo tiempo, influye nuestro comportamiento en el presente); afirmó que las personas siempre están siendo "empujadas" a desarrollar una vida plena, a lograr una perfección absoluta, sin embargo, algunas de ellas, las "fallidas", terminan terriblemente insatisfechas, imperfectas y muy lejos de la auto-actualización porque están muy interesadas en sí mismas, sobresaturadas por su *inferioridad*. Propuso la existencia de la *inferioridad del órgano* (todas las personas tienen partes débiles y fuertes con respecto a la anatomía o la fisiología), la *compensación* (de alguna manera las personas se sobreponen a sus deficiencias), las *inferioridades psicológicas*, la *inferioridad natural de los niños* (una forma bastante más general de inferioridad) y del complejo de inferioridad (que surge si la persona se siente abrumada por las fuerzas de la inferio-

ridad, ya sean fijadas en su cuerpo, o a través de la sensación de estar en minusvalía con respecto a otros), entre otros planteamientos teóricos. Entre sus libros se destacan: *Understanding Human Nature*, *Problems of Neurosis*, *The Practice and Theory of Individual Psychology* y *Social Interest: A Challenge to Mankind*.

Allport, **Gordon.** (1897-1967) Psicólogo norteamericano. Una experiencia vivida por él en Viena, a sus 22 años, cuando conoció a Freud, hizo que se diese cuenta que la psicología profunda excavaba demasiado hondo; de la misma forma en que antes se había percatado de que el conductismo se quedaba demasiado en la superficie. Allport recibió su licenciatura en psicología en 1922 en Harvard, siguiendo los pasos de su hermano mayor Floyd, quien se convertiría en un importante psicólogo social. Gordon trabajó siempre en el desarrollo de su teoría, examinando cuestiones sociales como el prejuicio y creando tests de personalidad. Con su teoría propone que una de las cosas que motiva a los seres humanos es la tendencia a satisfacer necesidades biológicas de supervivencia, lo cual denomina funcionamiento oportunista. Señala que este funcionamiento se caracteriza por su reactividad, orientación al pasado y por supuesto, tiene una connotación biológica. Pero Allport creía que el funcionamiento oportunista era algo relativamente poco importante para entender la mayoría de los comportamientos humanos. Afirmaba que éstos están motivados por algo bastante diferente lo cual llamó funcionamiento propio. Planteó la existencia de la identidad propia (el *Self*, uno mismo) y sus funciones: autoestima, extensión de uno mismo (extensión del *Self*), auto imagen (imagen de uno mismo), adaptación racional, y esfuerzo o lucha propia; habló de los rasgos o disposiciones; de la madurez **psicológica**, que se logra cuando se posee un *proprium* bien desarrollado y un rico y adaptativo grupo de disposiciones; y de la autonomía funcional. La idea de autonomía funcional (valores) llevó a Allport y a sus seguidores Vernon y Lindsey a desarrollar una categoría de valores (en un libro llamado *A Study of Values* en 1960), y a una Prueba de valores.

Bandura, **Albert**. (1925) Psicólogo canadiense, fue presidente de la APA en 1973 y recibió el Premio a las Contribuciones Científicas Distinguidas en 1980. Se mantiene en activo hasta el momento en la Universidad de Stanford. Albert Bandura ha elaborado una teoría del aprendizaje en la que a partir de los conceptos de refuerzos y observación ha ido concediendo más importancia a los procesos mentales internos (cognitivos) así como la interacción del sujeto con los demás. Inicialmente llamada teoría del aprendizaje social, pasa a denominarse Teoría Cognitivo Social a partir de los años 80. Con esta teoría, Bandura trata de superar el modelo conductista, al presentar una alternativa para cierto tipo de aprendizajes. Bandura acepta que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental, rechazando así que nuestros aprendizajes se realicen, según el modelo conductista. Pone de relieve cómo entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no; estableció también que mediante un modelo social significativo se adquiere una conducta, más que mediante el empleo único del aprendizaje instrumental. El conductismo, con su énfasis sobre los métodos experimentales, se focaliza sobre variables que pueden observarse, medirse y manipular y rechaza todo aquello que sea subjetivo, interno y no disponible (p.e. lo mental). En el método experimental, el procedimiento estándar es manipular una variable y luego medir sus efectos sobre otra. Todo esto conlleva a una teoría de la personalidad que dice que el en-

Baró, Ignacio Martín

torno de uno causa nuestro comportamiento. Bandura consideró que esto era un poco simple para el fenómeno que observaba (agresión en adolescentes) y por tanto decidió añadir un poco más a la fórmula: sugirió que el ambiente causa el comportamiento; cierto, pero que el comportamiento causa el ambiente también. Definió este concepto con el nombre de determinismo recíproco: el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente. Más tarde, fue un paso más allá. Empezó a considerar a la personalidad como una interacción entre tres factores: el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Estos procesos consisten en nuestra habilidad para abrigar imágenes en nuestra mente y en el lenguaje. Desde el momento en que introduce la imaginación en particular, deja de ser un conductista estricto y empieza a acercarse a los cognitivos. De hecho, usualmente es considerado el padre del movimiento cognitivo. El añadido de imaginación y lenguaje a la mezcla permite a Bandura teorizar mucho más efectivamente que, digamos por ejemplo, B.F. Skinner con respecto a dos cosas que muchas personas considerar "el núcleo fuerte" de la especie humana: el aprendizaje por la observación (modelado) y la auto-regulación. Bandura es conocido también por sus estudios sobre el aprendizaje observacional, a través del cual ha demostrado que los seres humanos adquieren conductas nuevas sin un reforzado obvio y hasta cuando carecen de la oportunidad para aplicar el conocimiento. El único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe a otro individuo, o modelo, llevar a cabo una determinada conducta. Más tarde, especialmente si el modelo recibió una recompensa visible por su ejecución, el que lo observó puede manifestar también la respuesta nueva cuando se le proporcione la oportunidad para hacerlo. La teoría de Bandura puede encontrarse en *Social Foundations of Thought and Action* (1986), *Social Learning Theory* (1977) y *Social Learning and Personality Development* (1963).

Baró, Ignacio Martín (1942-1989) Filósofo, teólogo y psicólogo español. Entró en el noviciado de la Compañía de Jesús de Orduña en 1959. Después, sus superiores lo trasladaron al noviciado de Villagarcía y de ahí lo enviaron al de Centroamérica, donde hizo su segundo año de noviciado. Estudió humanidades clásicas en la Universidad Católica de Quito, filosofía en la Universidad Javeriana de Bogotá, y teología en Frankfurt, Lovaina y San Salvador, donde hizo su último año. En 1970 obtuvo su bachillerato en teología en Eegenhoven. Una vez terminada la teología comenzó sus estudios de psicología en la UCA, donde, además, era profesor. En 1975 obtuvo la licencia en esta materia. En 1977 obtuvo la maestría en ciencias sociales en la Universidad de Chicago y dos años más tarde, en 1979, el doctorado en psicología social y organizativa en la universidad. Desde 1981 fue vicerrector académico y miembro de la junta de directores de la UCA. En 1989, al dividirse en dos esa vicerrectoría, se convirtió en vicerrector de postgrado y director de investigaciones. En 1982 asumió la dirección del departamento de psicología. En 1986 fundó y dirigió el Instituto Universitario de Opinión Pública. Además fue miembro del consejo editorial de UCA Editores y de los consejos de redacción de las revistas ECA, de la Revista de Psicología de El Salvador y de Polémica (Costa Rica). Pertenecía a la American Psychological Association y de la Sociedad de Psicología de El Salvador; era vicepresidente para México, Centroamérica y el Caribe de la Sociedad Interamericana de Psicología. Fue escritor, maestro, universitario y pastor. Sus primeros artículos aparecieron en ECA en 1966. Publicó once libros y una larga lista de artículos, científicos y culturales, en diversas revistas latinoa-

mericanas y norteamericanas. Fue un gran maestro. La docencia ocupó una gran parte de su vida y formó a muchas generaciones de psicólogos. Comenzó a interesarse en la psicología en Bogotá, donde devoró libros de psicología por su cuenta; buscó la asesoría de algunos de los mejores profesores de psicología de la Universidad Javeriana. Muy pronto se interesó en la psicología social y de sus primeras clases salió su primer libro en 1972, *Psicodiagnóstico de América Latina*. Después siguieron otros textos universitarios, en los cuales integró la psicología social tradicional en el contexto de la guerra civil salvadoreña. El padre Martín-Baró insistió en que la psicología debía enfrentar los problemas nacionales y que debía ser desarrollada desde las condiciones sociales y las aspiraciones históricas de las mayorías populares. Creía que los estudiantes debían aprender a analizar el comportamiento humano en su propio contexto. En sus clases y escritos rechazó la postura cómoda, pero falsa, de una psicología totalmente imparcial; en su lugar enseñó una psicología comprometida críticamente con los diferentes proyectos alternativos de sociedad existentes en América Latina. Tuvo una reconocida habilidad para integrar diversas teorías y para cuestionar creencias establecidas. Estaba convencido del papel desideologizador de la psicología social y por eso cuestionó los principales modelos teóricos de psicología, a los cuales consideraba inadecuados para enfrentar las situaciones de violencia colectiva prevalecientes en El Salvador. Fue un profesor agudo, capaz de relacionar conceptos aparentemente contradictorios. Creía que había un orden en el universo que los psicólogos y los científicos sociales podían descubrir eventualmente. Como profesor siempre se preocupó por proporcionar a sus alumnos una visión del mundo objetiva y amplia. Con frecuencia afirmaba la necesidad de universalizar la psicología y de informar a los psicólogos de realidades diferentes a las suyas. Emprendió con gran entusiasmo la fundación del Instituto de Opinión Pública (IUDOP) y comenzó a trabajar compulsando la opinión pública sobre los procesos y problemas importantes. En 1988, el padre Baró y otros colegas de Centroamérica, México y Estados Unidos establecieron el Programa Centroamericano de Opinión Pública para unir a los institutos universitarios de opinión pública. Otra de sus obras importantes es *Psicología de la liberación para América Latina*.

Beck, Aaron (1921) Psicólogo norteamericano. Aunque inicialmente se encontraba interesado en la psiquiatría, se decidió por la neurología, atraído por el alto grado de precisión que caracterizaba a esta disciplina. Se unió al Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pensilvania en 1954 y actualmente es profesor emérito de psiquiatría. Inicialmente condujo investigaciones relacionadas con las teorías psicoanalíticas sobre la depresión pero, al ser éstas desconfirmadas, desarrolló un enfoque teórico-clínico diferente, que él denominó *terapia cognitiva*. Desde 1959 ha dirigido investigaciones sobre la psicopatología de la depresión, el suicidio, los desórdenes de ansiedad, el alcoholismo, el abuso de drogas, y los desórdenes de personalidad, y sobre la terapia cognitiva de estos desórdenes. La idea central de su teoría es que el problema psicológico responsable por las emociones y comportamientos de aquellos que sufren y aquellos quienes hacen sufrir a otros es un prejuicio o sesgo en el pensamiento del individuo. Para las personas con un desorden psicológico el prejuicio es una expresión de creencias irreales y de "auto-derrota" contra sí mismas. Para aquellos que causan sufrimiento a otros, el pensamiento prejuiciado o sesgado y el comportamiento dañino son una expresión de creencias dirigidas contra otras personas. La terapia cognitiva de Beck

está dirigida a corregir el pensamiento distorsionado del paciente, las malinterpretaciones y distorsiones, así como las creencias subyacentes. También ha aplicado la teoría a prácticamente todos los dominios del comportamiento humano, incluyendo la ira, la hostilidad, la violencia, el abuso intrafamiliar, el genocidio y la guerra. Entre sus obras se destacan: *Depression: Causes and Treatment* (1972), *Cognitive therapy and emotional disorders (1976) y Cognitive Therapy: A 30 year retrospective* (1991).

Binet, **Alfred** (1857-1910) Psicólogo francés, diseñó, a principios del siglo XX las primeras pruebas de inteligencia para poder identificar a niños retardados y colocar a otros niños en sus niveles apropiados. Fue el creador de los primeros estudios sobre la inteligencia. Inicialmente tuvo como vocación el derecho y no inició sus estudios de psicología hasta los 37 años de edad. A finales del siglo XIX el gobierno francés obligó a todos los niños a escolarizarse, por eso Binet fue el encargado de confeccionar unas pruebas para saber qué niños tenían retrasos. Estas pruebas las pasó a escolares de entre 3 y 15 años y las llamó *Pruebas de inteligencia*. Binet comprobó que no se podía evaluar la inteligencia midiendo atributos físicos, como el tamaño del cráneo, la fuerza con que se aprieta al cerrar el puño, etc. Rechazó, pues, el método biométrico por el que abogaba Sir Francis Galton, proponiendo en cambio un método de ejecución en el cual la inteligencia se calculaba sobre la base de tareas que exigían comprensión, capacidad aritmética, dominio del vocabulario, etc. Binet introdujo además el concepto de edad mental, o capacidad promedio que se supone posee un individuo (en particular un niño) en una edad determinada. Este concepto llevó más adelante al de cociente de inteligencia. Utilizó un criterio estadístico para medir la inteligencia y le llamó *Cociente Intelectual* (CI), que se calcula dividiendo la edad mental entre la edad cronológica y multiplicando por cien. En 1916 estas pruebas se tradujeron al inglés y pasó a llamarse Test de Stanford (porque se tradujo en esta Universidad) o Test de Stanford-Binet.

Bion, **Wilfred Rupert** (1897-1979) Médico psiquiatra británico nacido en la India, fue uno de los más notables pensadores psicoanalíticos contemporáneos. Planteó hipótesis importantes sobre el origen y desarrollo del pensamiento. Considera que en el psiquismo humano hay dos tipos de lo que denomina elementos: los elementos beta, que sólo se prestan para evacuar la angustia, y los llamados elementos alfa, que procesan los estímulos. Es conocido fundamentalmente por sus experiencias con grupos terapéuticos y sus trabajos teóricos sobre la vida grupal, y por sus investigaciones sobre la esquizofrenia, a propósito de las cuales elaboró un sistema teórico sobre la génesis del pensamiento. Comenzó su trabajo como médico psiquiatra en distintos hospitales al mismo tiempo que comenzó su análisis personal con John Rickman en 1943. Ingresó a la Tavistock Clinic, y en la década 1940/1950 se dedicó a trabajar con grupos terapéuticos, tanto en la Tavistock como en su consultorio particular. En 1950 comenzó su análisis didáctico con M. Klein y abandonó el trabajo con grupos, aunque no sus trabajos teóricos sobre la vida grupal, trabajos que se irán elaborando a lo largo de 30 años. Los primeros grupos por él atendidos eran miembros del ejército británico, afectados por la Segunda Guerra Mundial y a los que había que rehabilitar para lograr su readaptación profesional y privada. Se dedicó en los años siguientes a investigaciones sobre psicosis, especialmente la esquizofrenia, a partir de lo cual elaboró sus teorías sobre el pensar, tanto patológico como normal, sobre el lenguaje, y sobre las funciones y factores de la vida mental. También se ocupó

de los problemas relativos al crecimiento mental y el cambio, y los fenómenos inherentes a la función del analista. En 1968 decidió emigrar a los Estados Unidos, donde permaneció once años, viajando además por Europa y América dictando numerosos cursos y seminarios, y efectuando supervisiones. A lo largo de su extensa vida fue miembro y recibió las máximas distinciones de las distintas asociaciones psicoanalíticas europeas y americanas. Su propia coherencia interna con las teorías por él postuladas, lo llevó a buscar perpetuamente otros caminos en el afán de encontrar más o mejores verdades. Entre sus principales trabajos se cuentan *Tensiones intragrupales* (1943), *Psiquiatría en un momento de crisis* (1947), *Experiencias en grupos* (1948-1952), *Lenguaje y esquizofrenia*, *Desarrollo del pensamiento esquizofrénico*, *Ataques al vínculo*, *Volviendo a pensar*, *Diferenciación de la personalidad psicótica y no psicótica*, *Sobre la alucinación*, *Sobre la arrogancia*, *Los trastornos psicóticos y algunas de sus peculiaridades* (todos trabajos sobre esquizofrenia que datan de 1953/59), *Una teoría del pensamiento* (1962), *Aprendiendo de la experiencia* (1962), *Elementos de psicoanálisis* (1963), *Transformaciones* (1965), *Atención e interpretación* (1970) y *Memoria del futuro* (autobiografía novelada en tres tomos: *El sueño*, *El pasado presentado* y *El amanecer del olvido*, 1979).

Bleuler, **Eugen.** (1857-1939) Psiquiatra suizo. Su aporte a la historia de la Psiquiatría constituye un decisivo capítulo de ésta. Su labor como clínico, investigador y maestro está contenida en dos obras bien conocidas de los cultivadores de la especialidad. En la primera, de carácter monográfico, revisa el concepto y extensión gnoseológica que su maestro Kraepelin había dado de la entonces y aun hoy más grave y oscura de las enfermedades mentales: la demencia precoz; en el subtítulo de este trabajo se propone un nuevo nombre para la referida dolencia y que, a partir de su publicación, quedó definitivamente consagrado: el de esquizofrenia. La obra completada en 1908 se editó por primera vez en 1911 bajo el epígrafe *Dementia precox oder Grupe des Schizophrenien*. Casi enseguida comenzó la redacción de su segundo trabajo fundamental, éste de carácter sumario: el *Tratado de Psiquiatría,* cuya primera edición alemana de 1916 fue seguida de otras nueve. Tres son los rasgos personales y determinantes de la obra de Bleuler: 1) la larga convivencia con los enfermos en la clínica de Rheinau dirigida por él desde los 30 años hasta los 42. Era la época de una psiquiatría fundamentalmente hospitalaria que exigía un tipo de relación médico-enfermo que sólo podía ser servida con radical fidelidad vocacional y desde una perspectiva típicamente psicológica. Esta experiencia favoreció la sentida necesidad de revisar las tendencias sistematizadoras de las enfermedades mentales, basadas en los métodos de las ciencias de la naturaleza e impuestas por Kraepelin; 2) su contacto con el psicoanálisis de la primera época, uno de cuyos fundadores -C. G. Jung- era discípulo del propio Bleuler. Éste vio en el psicoanálisis la posibilidad de una renovación a fondo del pensamiento psicopatológico y que había situado en su obra sobre la esquizofrenia las opiniones psicoanalíticas al mismo nivel de las académicamente consagradas, rompe su contacto oficial con el psicoanálisis, señalando claramente sus discrepancias con el psicologismo a ultranza de éste, e iniciando la rigurosa crítica de las doctrinas freudianas que hoy es común a la mayoría de las escuelas psiquiátricas; y 3) el tercer factor resultó, precisamente, de las referidas experiencias. Estimaba necesaria la readaptación de la psicología al pensamiento médico, pero sin perder de vista la observación clínica, ni los puntos de vista biológicos; de hecho, la psiquiatría como disciplina académica ha dependido más que ninguna otra especialidad

médica de la propia experiencia profesional. Supo abrir posibilidades psicoterapéuticas y señalar a la vez sus límites. Creó con su talento observador conceptos gnosológicos como el de la esquizofrenia y puntos de vista sobre la afectividad o nociones psicológicas como la *ambivalencia* y el *autismo*, vigentes en el pensamiento psiquiátrico actual.

Bruner, **Jerome** (1915) Psicólogo norteamericano. En los últimos 45 años ha sido un líder en el establecimiento de la psicología cognitiva como una alternativa a las teorías comportamentales que dominaron la psicología en las dos primeras décadas del siglo XX. El enfoque cognitivo de Bruner a su trabajo sobre el aprendizaje y la percepción en la niñez lo convirtieron en una figura clave en la reforma educativa en los Estados Unidos y Gran Bretaña. Bruner sirvió al Comité de Asesoría Científica del Presidente durante los gobiernos de Kennedy y Johnson, y ha recibido numerosos premios y honores. Actualmente es profesor de investigación en psicología de la Comunidad de Leyes de Investigación en la Universidad de Nueva York. En los últimos 40 años ha publicado numerosos libros, incluyendo *El proceso de la educación* (1960), *Actos de significado* (1991) y *La cultura de la educación* (1996). Junto a Piaget ha demostrado cómo los procesos de pensamiento pueden ser subdivididos en tres modos distintos de razonamiento. Mientras Piaget relacionaba cada uno de éstos con un período específico del desarrollo infantil, Bruner concebía cada modo como dominante durante cada fase del desarrollo, pero también como presente y accesible a lo largo del proceso. El modelo de Bruner del desarrollo humano como una combinación de destrezas y habilidades de representación (manipulación de objetos, conciencia espacial), destrezas icónicas (reconocimiento visual, capacidad de comparar y contrastar) y destrezas simbólicas (razonamiento abstracto) ha influido el pensamiento educacional y psicológico durante los últimos 50 años. El trabajo de Bruner apareció en un momento en el que el pensamiento psicológico era dominado por el conductismo, bastante popular en su época porque podía ser observada una respuesta frente a un estímulo definido. Esto satisfacía la necesidad de rigor científico, pero explicaba el aprendizaje sin tener en cuenta los procesos mentales que consideraba no eran mensurables. Bruner también pudo aplicar un rigor científico similar a los procesos mentales inobservables. Fue fundamental en el desplazamiento del conductismo al cognitivismo en la psicología en las décadas del 50 y el 60. Un importante trabajo en los primeros años del movimiento cognitivista fue *Un estudio sobre el pensamiento* que Bruner publicó en 1956 junto a Jacqueline Goodnow y George Austin, en el cual definía los procesos como "los medios con los cuales los organismos obtienen, retienen y transforman la información." Bruner sugería que las personas recuerdan las cosas "con una mirada hacia el significado y la significación, no como algo que `preserva´ los hechos en sí mismos". Esta visión del conocimiento y la memoria como una entidad construida es consistente con el constructivismo, al cual Bruner se encuentra estrechamente asociado. Como teórico estructural, Bruner considera que la información o el conocimiento se obtienen más efectivamente a través del descubrimiento personal, y luego son clasificados de manera representativa, icónica o simbólicamente.

Cattell, James (1860–1944) Psicólogo norteamericano. Su interés por aplicar los métodos psicológicos al estudio de las diferencias individuales, que ya aparecía en su tesis de doctorado sobre las variaciones individuales en el tiempo de reaccionar, aumentó por sus contactos con Galton, al dar clases en la Universidad de Cambridge en 1887, y ese interés

lo habría de acompañar toda su vida. En 1888, Cattell fundó el tercer laboratorio de psicología en Estados Unidos (los dos primeros fueron organizados por William James en Harvard, en 1879 y por G. Stanley Hall en John Hopkins, en 1883) y para 1890 implantó el vocablo "pruebas mentales". Afirmaba que por medio de las pruebas mentales se podrían llegar a descubrir las constantes de los procesos de la mente, su interdependencia y sus variaciones. Ya preveía las aplicaciones de las pruebas para la selección de personal y para la detección de enfermedades. Esta previsión de las posibilidades que podrían llegar a tener las pruebas mentales, claramente anunciaba los comienzos de la psicología clínica. Una de sus principales preocupaciones fue preparar una batería estándar de pruebas mentales para los investigadores interesados en las diferencias existentes entre individuos. Cattell también recogió información menos sistematizada de otras características personales como los sueños, las enfermedades, las preferencias, las actividades recreativas y los planes para el futuro.

Dewey, **John** (1859-1952) Filósofo, psicólogo y educador norteamericano. Se graduó en Artes en la Universidad de Vermont en 1879 y realizó un doctorado en Filosofía en la Universidad de John Hopkins en 1884. La larga e influyente carrera de Dewey en educación comenzó en la Universidad de Michigan, donde enseñó desde 1884 a 1888, siendo posteriormente profesor en las universidades de Minnesota, Chicago y Columbia desde 1904 hasta su jubilación como profesor emérito en 1931. Mantuvo una gran actividad como conferenciante y consultor de temas educativos, además de estudiar los sistemas educativos de China, Japón, México, Turquía y la Unión Soviética. Durante su permanencia en Chicago, Dewey estuvo profundamente interesado en la reforma de la teoría y de la práctica educativas. Contrastó sus principios educativos en la famosa escuela laboratorio de carácter experimental, denominada Escuela Dewey, instituida en la Universidad de Chicago en 1896. Los principios educativos proponían el aprendizaje a través de actividades de diferente índole más que por medio de los contenidos curriculares establecidos y se oponían a los métodos autoritarios. Dewey pensaba que lo ofrecido por el sistema educativo de su época no proporcionaba a los ciudadanos una preparación adecuada para la vida en una sociedad democrática. Consideraba además, que la educación no debía ser meramente una preparación para la vida futura, sino que debía proporcionar y tener pleno sentido en su mismo desarrollo y realización. Su trabajo y sus escritos influyeron significativamente en los profundos cambios experimentados en la pedagogía de Estados Unidos en los inicios del siglo XX, manifestados en el cambio del énfasis de lo institucional y burocratizado a la realidad personal del alumno. Criticó la educación que enfatizaba tanto la diversión relajada de los estudiantes, como el mantenerles entretenidos sin más, así como la orientación exclusiva hacia el mundo profesional. Como filósofo, Dewey subrayó todo lo práctico, esforzándose en demostrar cómo las ideas filosóficas pueden actuar en los asuntos de la vida diaria. Su planteamiento lógico y filosófico era de cambio permanente, adaptándose a las necesidades y a las circunstancias concretas. La influencia de Dewey es percibida en otros muchos campos además de la educación y de la filosofía. Activista político, defendió los planteamientos progresistas, algunas veces radicales, respecto de los asuntos internacionales y de los problemas económicos. Su abundante obra se muestra en libros como *Psicología* (1887), *La escuela y la sociedad* (1889), *Democracia y Educación* (1916), *Naturaleza humana y conducta* (1922), *El arte como experiencia*

(1934), *Lógica: la teoría de la pregunta* (1938) y *Problemas del hombre* (1946).

Ebbinghaus, **Hermann** (1850-1909) Psicólogo alemán, pionero de la psicología experimental. Estudió en las universidades de Bonn, Halle, Berlín y Breslau (hoy Wroclaw, Polonia). Realizó importantes experimentos sobre el valor de la repetición en la memoria, empleando sílabas sin sentido (*quel*, *bol*, *ras*) pero su principal contribución fue el diseño del denominado Test de lagunas, prueba de inteligencia que mide la memoria de los niños y que consiste en releer frases en las que aparecen espacios en blanco que hay que rellenar, ya que se omiten algunas palabras de forma voluntaria. Ebbinghaus investigó también los procesos de percepción, como el principio de la percepción de las configuraciones: si las partes de una figura quedan dispuestas de un modo diferente, entonces se modifica su configuración original. De sus obras, destacan su monografía *Sobre la memoria* (1885), primera investigación experimental del aprendizaje y la capacidad de observación, y su famoso *Compendio de psicología* (1908).

Ellis, **Albert** (1913) Psicoanalista norteamericano. Aunque en 1934 obtuvo un título como Administrador de Empresas, en 1942 regresó a la universidad, para cursar el programa de psicología clínica en Columbia. Inició una práctica privada de medio tiempo en consejería sexual y familiar, y pronto recibió su título de maestro en 1943. Cuando la universidad de Columbia le otorgó el título de doctor en 1947, Ellis consideraba que al psicoanálisis como la más profunda y efectiva forma de terapia. Decidió llevar a cabo un entrenamiento en análisis y se convirtió en un destacado psicoanalista durante los años siguientes. Pero su fe en el psicoanálisis decreció rápidamente, pues descubrió que cuando veía a sus clientes cada semana, progresaban tanto como cuando los veía diariamente. Entonces asumió un rol más activo, incluyendo en sus sesiones consejos e interpretaciones directas, tal como lo hacía como consejero en Columbia. Sus clientes parecían mejorar con mayor rapidez que cuando utilizaba los procedimientos pasivos de la terapia psicoanalítica. Por esta razón, en 1955 Ellis renunció por completo al psicoanálisis y decidió concentrarse en la modificación del comportamiento de las personas, confrontándolas con sus creencias irracionales y persuadiéndolas a adoptar creencias racionales. Publicó su primer libro en REBT (siglas en inglés para Terapia Racional Emotiva) *How to Live with a Neurotic* en 1957. Dos años más tarde constituyó el Institute for Rational Living (Instituto para una Vida Racional), donde se impartían cursos de formación para enseñar sus principios a otros terapeutas. Su primer gran éxito literario, *The Art and Science of Love*, apareció en 1960 y hasta el momento ha publicado 54 libros y más de 600 artículos sobre REBT, sexo y matrimonio. Actualmente es el Presidente del Instituto de Terapia Racional-Emotiva de Nueva York, el cual ofrece un programa de entrenamiento completo y gestiona una gran clínica psicológica.

Erikson, **Erik** (1902-1994) Psicoanalista alemán. Su experiencia personal y profesional lo condujo a modificar y extender la teoría freudiana. Desarrolló la teoría del desarrollo psicosocial, que traza el desarrollo de la personalidad a lo largo del ciclo vital, haciendo énfasis en las influencias culturales y sociales sobre el Yo en cada uno de los ocho períodos o etapas. Erikson es un psicólogo del Yo freudiano. Esto significa que acepta las ideas de Freud como básicamente correctas, incluyendo aquellas debatibles como el complejo de Edipo, así como también las ideas con respecto al Yo de otros freudianos como Heinz Hartmann y por supuesto, Anna Freud. No obstante, Erikson está bastante más orientado hacia la sociedad y la cultura que cual-

quier otro freudiano, tal y como cabía esperar de una persona con sus intereses antropológicos. Considera que la teoría freudiana subvalora la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad y conceptualiza a la sociedad como una fuerza potencialmente positiva que moldea el desarrollo del ego. Prácticamente, desplaza en sus teorías a los instintos y al inconsciente. Quizás por esta razón, Erikson es tan popular entre los freudianos y los no-freudianos por igual. Los libros basados en su teoría son *Childhood and Society* y *Identity: Youth and Crisis*. Son colecciones de ensayos sobre sujetos tan variados como las tribus americanas nativas, gente famosa como William James y Adolfo Hitler, nacionalidad, género y raza. Sus dos libros más famosos son estudios en psicohistoria: *Young Man Luther* sobre Martin Luther King y *Gandhi's Truth*. Sus trabajos han inspirado a muchos otros y disponemos en la actualidad de una revista llamada *The Journal of Psychohistory*, la cual contiene artículos fascinantes no solo de personas famosas, sino de prácticas antiguas y presentes en el desarrollo de niños a través de ritos de poblaciones a todo lo largo del mundo y en todas las épocas de la historia.

Eysenk, **Hans Jurgen** (1916-1997) Psicólogo británico de origen alemán. Estudió en la Universidad de Londres, Dijon y Exeter. Fue profesor de psicología en la Universidad de Londres y ejerció como psicólogo en el Hospital de Londres desde 1955. Se interesó por el estudio de la personalidad y elaboró diversos cuestionarios y tests psicológicos. Uno de ellos es el llamado Personality Inventory (1959), cuestionario que evalúa dos dimensiones de la personalidad humana: el neuroticismo y la extroversión. Eysenk estudió la personalidad en aquellos rasgos o factores que son genéticos, heredados. Esto implicaba aislar aquellos factores que no cambian, que son estables y que forman parte de la estructura de la personalidad. A pesar de que son factores genéticos o hereditarios, al estar éstos en contacto con el entorno, se pueden atenuar o acentuar, según el caso. Aislando estos factores genéticos podemos alcanzar la estructura más profunda de la personalidad, la más primitiva. Para él la personalidad tiene cuatro planos: en el primero aparecen reacciones específicas, que son un plano inferior de la conducta y reacciones que sólo observamos una vez, que pueden o no ser características de la persona; en el segundo plano están los hábitos que son conductas un poco más estables o formas análogas de reacciones que tenemos los humanos; el tercer plano surge de la interrelación de los hábitos que salen de los factores de personalidad con los factores de primer orden; y el cuarto plano, que son las interrelaciones de todos los factores y es la globalidad de la personalidad. También intentó combinar la búsqueda neurológica con la búsqueda psicológica de la personalidad. Eysenck no tiene un sistema puramente estadístico. Describe los individuos en función del grado según sea más o menos neurótico (desordenado, sugestionable, hipocondríaco, entre otros). El grado en que se es extra o introvertido y el grado en que la persona es realista o psicótica. Los factores de la personalidad según Eysenk son los siguientes (al trabajar desde los aspectos genéticos, sólo ubica tres factores bipolares): estabilidad emocional versus neuroticismo; extraversión versus introversión; y realismo versus psicoticismo. Otros campos de interés son los constituidos por el aprendizaje y los problemas de comportamiento. Eysenk consideraba la psicología como una ciencia natural y así lo defendió a lo largo de toda su vida. Decía que básicamente hemos de pensar que la base etiológica de los fenómenos psicológicos se deben buscar en la biología. Algunas de sus obras más destacadas son *Dimension of Personality* (1947), *Causes and Cures*

of Neurosis (1965), *The Biological Basis of Personality* (1967), *Psicology is abaut People* (1972) y *Measurement of Intelligence* (1973).

Fechner, **Gustav Theodor** (1801-1887) Médico alemán. Su importancia en la historia de la psicología descansa primordialmente en que fue el padre de la Psicofísica, enfoque de la Psicología Experimental que ofrece a los estudiosos de la sensación y la percepción un medio para vincular estos sucesos con determinadas magnitudes de estímulos físicos. El interés de Fechner por la psicofísica derivaba de su esperanza de resolver con ella el clásico problema de la mente y el cuerpo. Fechner creía que había resuelto dicho problema, demostrando gracias a la psicofísica que mente y cuerpo son sólo dos aspectos distintos de una misma realidad subyacente. Consideraba que los eventos mentales podían no sólo ser medidos, sino también ser medidos en términos de su relación con los eventos físicos. Fechner demostró el potencial de la exploración cuantitativa experimental en la experiencia sensorial y estableció la psicofísica como método central de la nueva y emergente psicología científica. Fechner siguió los estudios empezados por Ernest Weber, que tras múltiples estudios concluyó que existen tres tipos de umbrales en la percepción de las sensaciones: máximo, mínimo y diferencial. Los éxitos obtenidos por Fechner en su labor experimental vinculada con la psicofísica inspiraron a Wilheim Wundt. Así pues, Fechner fue un destacado precursor de la Psicología Experimental contemporánea. La psicofísica continúa siendo hoy una útil herramienta científica.

Frankl, Victor Emil (1905) Psicoanalista austriaco que desarrolló el concepto de logoterapia o "análisis existencial", según el cual la necesidad subyacente a la existencia humana y a la salud mental es la de encontrar un significado a la vida. Estudió medicina, doctorándose en psiquiatría y neurología en la Universidad de Viena. Entre 1942 y 1945 fue encarcelado por su condición de judío en los campos de concentración de Auschwitz y Dachau, experiencia que describiría posteriormente en *Un psicólogo en los campos de concentración* (1955). Acabada la II Guerra Mundial, fue nombrado en 1947 profesor de neurología y de psiquiatría en la Universidad de Viena. Frankl diagnosticó que "el padecimiento de una vida sin propósito" es la enfermedad de nuestra época y que el hombre necesita encontrar significado a su propia vida para ser dueño de su destino. Fue nombrado miembro honorario de la Asociación Argentina de Antropología médica (1954), de la Sociedad de Neuropsiquiatría y Medicina legal de Lima (1955) y de la Sociedad Española de Hipnosis clínica y experimental (1960). Su obra es muy extensa y son numerosos los artículos y conferencias que ha pronunciado en todo el mundo. Son sus obras más conocidas son *Logos y existencia* (1951), *Fundamentos antropológicos de la psicoterapia* (1975) y *El padecimiento de una vida sin sentido* (1977).

Freud, **Anna** (1895-1982) Hija y sucesora simbólica de Sigmund Freud, a diferencia de Jung y Adler, se mantuvo fiel a las ideas básicas de su padre. No obstante, se preocupó más de la dinámica mental que de su estructura y estuvo particularmente fascinada por el lugar del Yo en todo esto. Es probablemente mejor conocida por su libro *El Yo y los Mecanismos de Defensa*, en el cual presenta una descripción particularmente clara de cómo funcionan las defensas, incluyendo además una atención especial al uso de las defensas en adolescentes. Pero Anna Freud no era primordialmente una teórica. Sus intereses eran más prácticos y mucho de su esfuerzo fue dirigido hacia el análisis de niños y adolescentes, logrando perfeccionar la técnica. La mayoría de sus contribuciones

al estudio de la personalidad proceden de su experiencia en la Clínica de Terapia Infantil Hamstead en Londres, que ella misma ayudó a construir. En este lugar, Anna se percató de que uno de los mayores problemas era la comunicación entre terapeutas: mientras que los problemas adultos se comunicaban por medio de etiquetas tradicionales, con los de los niños era imposible. Dado que estos problemas de los niños son más inmediatos, Anna los reconceptualizó en términos de movimientos del niño en una línea temporal de desarrollo. Un niño se desarrolla y crece relacionándose con sus progenitores a través de sus comportamientos alimentarios, higiene personal, estilos de juego, relaciones con otros niños y así sucesivamente. Estos comportamientos son considerados como sanos. Cuando un aspecto del desarrollo es bastante más duradero que otros, el clínico puede asumir que existe algún problema, describiendo el área particular de atención. La mayoría del trabajo de Anna Freud se encuentra en *The Writings of Anna Freud*, consiste en un compendio de siete volúmenes de sus libros y artículos, incluyendo *El Yo y los Mecanismos de Defensa*, así como sus trabajos sobre análisis de niños y adolescentes. Es una gran escritora, no se envuelve en tecnicismos en la mayoría de sus trabajos y presenta muchos casos clínicos como ejemplos.

Freud, **Sigmund** (1856-1939) Psiquiatra austríaco. Estudió medicina especializándose en neuropatología, concretamente en la parálisis infantil y en los problemas del lenguaje como la afasia. Por aquellas épocas los judíos no podían trabajar en instituciones públicas como los hospitales, ni tampoco dar clases en la universidad, por eso se situó en una consulta privada. Esto lo llevó a tratar pacientes que padecían histeria, una reacción neurótica en la cual los conflictos emocionales son convertidos en síntomas físicos como parálisis y sordera. Su paso a la psicopatología se produjo cuando conoció a Jean-Martin Charcot, médico especializado en enfermedades nerviosas, que practicaba la hipnosis para curar a las enfermas de histeria en el Hospital de Salpêtrière de París. El Gobierno francés le concedió una beca a Freud para ir un año a estudiar en París y fue allí donde pudo observar cómo unas mujeres paralíticas con un síndrome histérico, se levantaban durante las sesiones de hipnosis de Charcot. Comprobó que hay un nivel mental que sigue funcionando en el inconsciente, incluso estando bajo los efectos de la hipnosis. En un principio, Freud procuró aliviar los síntomas de la histeria con hipnosis y electroimanes, pero pronto comprobó que las "curas" así logradas eran temporales. En la búsqueda de una cura permanente inventó un instrumento psicológico para la exploración de la personalidad, denominado asociación libre, gracias al cual descubrió el reino inconsciente de la vida psíquica. Fue fundamentalmente esta exploración de la vida psíquica inconsciente de sus pacientes lo que lo inspiró para crear el psicoanálisis, realización primordial de Freud y puntal de su fama. El psicoanálisis es a la vez un método terapéutico y una teoría de la personalidad. Junto a su amigo Joseph Breuer, que también tenía una consulta en Viena, es cómo Freud hizo su paso hacia el psicoanálisis. Breuer trataba una paciente, *Anna O., quien* tenía desmayos, taquicardias y problemas cutáneos, pero gracias a la hipnosis estos síntomas se iban reduciendo e incluso desaparecían. Lo que producía dichos problemas en la paciente fueron los abusos sexuales que sufrió en su infancia por un familiar. Fue a partir de aquí que Freud dijo que detrás de cada problema psicológico existe también otro problema sexual. Freud no inventó exactamente el concepto de mente consciente versus mente inconsciente, pero desde luego lo hizo popular. Planteó la existencia del Superyo, el Yo, el Ello, el Ideal del Yo, las pulsiones, los

procesos primario y secundario, el principio de realidad, el principio del placer, la libido, el tánatos, entre muchos otros conceptos. La terapia de Freud (psicoterapia) ha sido la más influyente de todas, a la vez que la parte más influyente también de su teoría. Algunos de sus puntos más importantes son: atmósfera relajada, asociación libre, resistencia, análisis de los sueños, paráfrasis, transferencia, catarsis e introspección. Freud nos hizo conocer dos fuerzas poderosas y sus demandas sobre nosotros. En un tiempo donde todo el mundo creía en la racionalidad del ser humano, nos demostró cuánto de nuestro comportamiento estaba influenciado por la biología. Cuando la gente consideraba que éramos individualmente responsables de nuestras acciones, nos enseñó el impacto de la sociedad.. Cuando todo el mundo creía que la masculinidad y la feminidad eran roles impuestos por Dios, nos enseñó cómo influía en los mismos los patrones dinámicos familiares. Estableció claramente una forma de terapia. Salvo para algunas terapias conductuales, la técnica fundamental sigue siendo "la cura por la palabra" (*The talking cure*) y envuelve todavía la misma atmósfera de relajación social y física. E incluso cuando algunos autores no crean en la transferencia, la naturaleza altamente personal de la relación terapéutica es considerada en general como algo importante para lograr el éxito. Freud fue un excelente observador de la condición humana y mucho de lo que dijo aún tiene relevancia, tanto que será parte de los libros de personalidad en los años venideros. Incluso cuando algunos teóricos vengan con nuevas teorías sobre cómo funcionamos, compararán sus ideas con las freudianas. Entre sus libros mejor conocidos se encuentran *La interpretación de los sueños* (1900), *El Yo y el Ello* (1923), *Más allá del principio del placer* (1920), *Psicología de las masas* (1920), *El malestar en la cultura* (1930) e *Introducción al psicoanálisis* (1933), entre otras obras.

Fromm, **Erich** (1900-1980) Psicoanalista alemán. Su teoría es una combinación de Freud y Marx. Freud enfatizó sobre el inconsciente, los impulsos biológicos, la represión y demás. En otras palabras, Freud postuló que nuestro carácter estaba determinado por la biología. Por otro lado, Marx consideraba a las personas como determinadas por su sociedad y más especialmente por sus sistemas económicos. Fromm añadió a estos dos sistemas deterministas algo bastante extraño a ellos: la idea de libertad. Él animaba a las personas a trascender los determinismos que Freud y Marx les atribuían. De hecho, Fromm hace de la libertad la característica central de la naturaleza humana. Describe tres vías a través de las cuales escapamos de la libertad: el autoritarismo (buscamos evitar la libertad al fusionarnos con otros, volviéndonos parte de un sistema autoritario), la destructividad (algunos responden al dolor volviéndolo en contra del mundo, pues así, éste no les hará daño) y la conformidad autómata (asumir el color del ambiente). Habló también del inconsciente social, de las familias simbióticas y alejadas, de los biófilos y los necrófilos. Definió cinco tipos de personalidad, las cuales llama orientaciones en términos económicos: orientación receptiva, orientación explotadora, orientación acaparadora, orientación de venta y orientación productiva. Las bases de sus teorías pueden encontrarse en *El escape de la libertad* (1941) y en *Hombre por sí mismo* (1947). Su interesante tratado sobre el amor en el mundo moderno es el llamado *El arte de amar* (1956). Otras de sus obras son: *La sociedad sana* (1955), dirigido a demostrar cuán loco está nuestro mundo actualmente, y como esto nos lleva a dificultades psicológicas, y *La Anatomía de la Destructividad Humana* (1973), que incluye sus ideas sobre necrofilia. Ha es-

crito muchos otros grandes libros, incluyendo algunos sobre la Cristiandad, el Marxismo y el Budismo Zen.

Gall, **Joseph** (1758-1828) Neuroanatomista y fisiólogo alemán. Fue uno de los pioneros del estudio de la localización de las funciones mentales en el cerebro. Alrededor de 1800, desarrolló la "craneoscopia", un método para adivinar la personalidad y el desarrollo de las facultades mentales y morales sobre la base de la forma externa del cráneo. La craneoscopia fue posteriormente denominada *frenología*. Con ésta, pretendía construir una nueva disciplina basada en la imagen fiel y natural del cerebro. Postuló que todas las cualidades morales e intelectuales son innatas y que su ejercicio y sus manifestaciones dependen de la morfología del cerebro. Gall pretendió localizar las funciones cerebrales por el tacto y la inspección, sin ayuda de la introspección. Con sus revolucionarios conceptos sobre la localización cerebral, Gall ofendió a numerosos líderes religiosos y científicos. Sus mayores aportes fueron el descubrimiento de que la materia gris contiene células cerebrales (neuronas) y que la materia blanca contiene fibras (axones).

Galton, **Francis** (1822-1911) Fue un explorador y hombre de ciencia inglés con un amplio espectro de intereses. No tuvo cátedras universitarias y realizó la mayoría de sus investigaciones por su cuenta. Sus múltiples contribuciones recibieron reconocimiento formal cuando, a la edad de 87 años, se le concedió el título de "Sir" o caballero del Reino. Francis Galton era primo de Charles Darwin; después de leer su obra, decidió aplicar estos conocimientos a la psicología, concretamente al estudio de la inteligencia. Fue el primero en utilizar la estadística en sus observaciones. Midió la inteligencia de muchas personas en Europa e hizo la media aplicando la Campana de Gauss. Para Galton el factor más importante de la inteligencia es el genético, mucho más que el ambiental. Subrayaba que la propia naturaleza o conjunto de dotaciones innatas del individuo, era un factor determinante del éxito en la vida. Para demostrarlo, estudió a una serie de hombres eminentes. Comprobó que los padres que presentaban características sobresalientes tendían a tener hijos con iguales características, y pensó que esto debía explicarse fundamentalmente en función de la naturaleza y no de la crianza. A Galton le preocupaba además la medición de la inteligencia, y propuso una técnica conocida como el método biométrico, que consiste en evaluar ciertas características físicas como la fuerza con que se aprieta el puño, la circunferencia del cráneo y el tiempo de reacción refleja. Si bien hoy el método biométrico ha perdido crédito, aún tiene cabida en la biología, en las investigaciones sobre ejercitación física y en la psicología fisiológica. Puede decirse que el eje en torno al cual giró toda la obra de Galton fue su aseveración de que la herencia importa más que el medio.

Gesell, **Arnold Lucius** (1880-1961) Psicólogo y pediatra estadounidense, cuyo trabajo, que estableció las pautas de conducta seguidas en las sucesivas etapas del desarrollo infantil, sería decisivo en la puericultura de las décadas de 1940 y 1950. Se educó en las universidades del estado, Clark y Yale, y fue nombrado profesor de esta última en 1911. El mismo año fundó la clínica de desarrollo infantil de la Escuela de Medicina de Yale, que también dirigió. Fue asesor de investigaciones en el Instituto Gesell de Desarrollo del niño desde 1950 hasta que se retiró en 1958. Junto con sus ayudantes, Gesell observó a cientos de niños en condiciones cuidadosamente controladas y filmó durante horas sus comportamientos, lo que le permitió acumular gran información descriptiva sobre la psicología infantil. Formuló la teoría del desarrollo del niño en etapas, en la que destaca la hipótesis sobre la

madurez infantil. Según Gesell, la etapa de la madurez no se consigue mediante la educación intensiva. Sus escritos incluyen *Atlas de conducta infantil* (1934), *Infancia y crecimiento humano* (1928) y *Juventud: de los 10 a los 16 años* (1956). Con la pedagoga estadounidense Frances Ilg escribió *El niño en la cultura actual* (1943) y *El niño de los cinco a los diez años* (1946).

Horney, **Karen** (1885-1952) Psiquiatra alemana Su teoría es quizás la mejor de las teorías sobre las neurosis. En primer lugar, ofreció una perspectiva bastante distinta de entender la neurosis, considerándola como algo bastante más contínuo en la vida normal que los teóricos previos. Concretamente, entendía la neurosis como un intento de hacer la vida más llevadera, como una forma de control interpersonal y adaptación. Esto sería, por supuesto, aquello a lo que estamos dirigidos en nuestra vida cotidiana, solo que parece que la mayoría de nosotros lo hacemos bien y los neuróticos parece que se hunden más rápidamente. En su experiencia clínica, distinguió diez patrones particulares de necesidades neuróticas, los cuales están basados sobre aquellas cosas que todos necesitamos, pero que se han vuelto distorsionadas de diversas formas por las dificultades de las vidas de algunas personas. Planteó que lo que hace neurótica una necesidad es que ésta sea irreal, irracional e indiscriminada. Además, la necesidad neurótica es bastante más intensa y provocará un gran monto de ansiedad si no se satisface su demanda o incluso si se percibe que no será satisfecha en un futuro. A medida que Horney fue revisando sus conceptos, empezó a darse cuenta que sus tipos de necesidades neuróticas podían agruparse en tres amplias estrategias de adaptación: cumplimiento, agresión y alejamiento. Por otra parte, propuso de Teoría del *self* (sí mismo), que es el centro del ser; su potencial. Si uno ha sido sano, entonces habría desarrollado un concepto preciso de quién soy y por consiguiente podré sentirme libre de impulsar ese potencial (auto-realización). El mejor libro de Karen Horney es *Neurosis and Human Growth* (1950), considerado por algunos especialistas como el mejor libro que se haya escrito jamás sobre la neurosis. También escribió obras importantes como *The Neurotic Personality of Our Time* (1937) y *Our Inner Conflicts* (1945). Sus ideas y pensamientos sobre la terapia pueden encontrarse en *New Ways in Psychoanalysis* (1939).

Hull, **Clark** (1884-1952) Psicólogo norteamericano. Inicialmente aspiraba ser un gran ingeniero, pero se enamoró de la psicología; a los 29 años se graduó de la Universidad de Michigan. Después de su graduación se hizo miembro de la facultad en la Universidad de Wisconsin, donde trabajó por diez años. A lo largo de su vida hizo énfasis en el desarrollo de métodos objetivos para los estudios psicológicos diseñados con el objeto de determinar los principios subyacentes del desarrollo. Hull dedicó los siguientes diez años al estudio de la hipnosis y la sugestión, y en 1933 publicó *Hipnosis y sugestión*, mientras trabajaba como profesor e investigador en la Universidad de Yale. Fue allí donde desarrolló su mayor contribución: una teoría elaborada sobre el comportamiento basado en el condicionamiento pavloviano. Hull desarrolló un gran interés por el fenómeno de los reflejos condicionados y el aprendizaje. En 1943 publicó *Principios del comportamiento*, libro que presentaba un número de constructos en una detallada *Teoría del comportamiento*. Pronto se convirtió en uno de los psicólogos más citados.

James, **William** (1842-1910) Psicólogo norteamericano. En 1890 publicó los *Principios de psicología*, en donde describía, entre otras cosas, la distinción entre las memorias primaria y secundaria (hoy conocidas como memorias de

corto y largo plazo), que más tarde se vincularían a la organización y función de sistemas cerebrales. Subrayó el concepto de "corriente de conciencia", revolucionaria idea que cambió la noción de la conciencia como una sustancia, por una informacional y cognitiva de proceso, con lo cual abrió camino para la investigación. En su libro *El deseo de creer* (1897), proponía que las creencias deben permanecer como procesos individuales y que debemos escoger racionalmente creer en algunas proposiciones aunque éstas se encuentren más allá del alcance de la razón y la evidencia. Esta posición tiene importantes implicaciones particularmente en las convicciones religiosas, que James exploró en detalle en *Las variedades de la experiencia religiosa* (1902).Criticó al estructuralismo, afirmando que no podemos separar las sensaciones de las asociaciones mentales que nos permiten aprovechar las experiencias pasadas. Según él, nuestro rico acervo de ideas y recuerdos es lo que nos permite funcionar en el ambiente. A su enfoque se le conoce con el nombre de teoría funcionalista.

Janet, Pierre (1859-1947) Médico y psicólogo francés. En 1879 ingresó en la Escuela Normal Superior (en la misma generación que Durkheim). Agregado de filosofía en 1882, enseñó durante algunos meses en el liceo de Châteauroux antes de ser nombrado, en febrero de 1883, para el del Havre. Permaneció allí hasta 1889 y, en busca de tema para su tesis de filosofía, visitó los servicios de los doctores Gibert y Powilewicz, donde conoció a sus primeras pacientes, Léonie, Marie-Rose y Lucie. El 30 de noviembre de 1885, relató sus primeras experiencias sobre la hipnosis y el sonambulismo en una nota que presentó su tío a la Sociedad de Psicología Fisiológica. Charcot presidió la sesión y descubrió el nombre de Pierre Janet. El 21 de junio de 1889, Janet presentó su tesis de filosofía: "Automatismo psicológico. Ensayo sobre las formas inferiores de la actividad humana". Nombrado en París, participó dos meses más tarde en el Primer Congreso internacional de Hipnotismo y en noviembre empezó sus estudios de medicina, asistiendo a los servicios de J. Falret, de Séglas, pero sobre todo de Charcot, quien creó para él el laboratorio de psicología experimental de la Salpêtrière. El 15 de agosto murió Charcot. Raymond, que lo sucedió, conservó en su puesto a Janet, pero al morir, en 1910, comenzaron las dificultades con Déjerine y el "laboratorio" encontró refugio en el servicio vecino de Nageotte, más interesado en la histología que en la psicología experimental. Sin embargo, Janet continuó enseñando filosofía en el Colegio Rollin, después en el Liceo Condorcet, que dejó en 1897 por la cátedra de psicología experimental de la Sorbona y finalmente por la de Théodule Ribot en el Colegio de Francia en el cual, gracias al apoyo de Bergson, lo prefirieron en 1902 a Binet. Se retiró en 1935, aunque siguió practicando la medicina y hasta 1942 dio consulta en el hospital Sainte-Anne. Fue en ocasión de sus primeros trabajos en El Havre sobre el sonambulismo y el hipnotismo cuando Janet elaboró la teoría del automatismo psicológico total o parcial, para explicar los comportamientos amnésicos que se observan en los estados de desdoblamiento de la personalidad, expresión de síntomas esencialmente histéricos, emanados de ideas fijas subconscientes, derivadas éstas a su vez, de acontecimientos vividos traumatizantes, de los que los "ataques" son la reproducción. Precisó sus ideas en 1892 en *El estado mental de las histéricas, los accidentes mentales*, prologado por Charcot, al insistir en la noción de "campo de conciencia" y de su "estrechamiento" en los enfermos a causa de su debilidad psicológica. Esta noción de debilidad psicológica lo llevó, desde 1901, al análisis descriptivo de la otra "gran neurosis", construida según el modelo de la epilepsia y de la histeria,

la psicastenia (término creado por él para sustituir el de neurastenia) y que fue objeto de una obra importante, *Las obsesiones y la psicastenia*, publicada en 1903. A partir de 1909, Janet emprendió en el Colegio de Francia la síntesis de sus teorías, cuyo primer esbozo fue *De la angustia al éxtasis*, aparecido en 1926. Los principios terapéuticos de Janet, expuestos en 1919 en *Las medicaciones psicológicas*, y después, en 1923, en *La medicina psicológica*, se derivan de sus teorías energéticas: utilización de la sugestión y la hipnosis para buscar y modificar los recuerdos patógenos, balance de las economías psicológicas que permite hacer una elección entre las terapéuticas estimulantes o, por lo contrario, los métodos de economía a base de sueño y reposo. No puede hablarse de Janet sin evocar su desacuerdo con Freud. En el Congreso internacional de Medicina de Londres, en 1913, Janet criticó severamente las doctrinas psicoanalíticas, en particular en lo que concierne al simbolismo de los sueños y el origen sexual de las neurosis, a la vez que reivindicaba, con un apasionamiento que no era habitual en él, la prioridad del descubrimiento del método catártico, que consideró el desarrollo natural de su propia teoría de las ideas fijas subconscientes. Cuando, veinticinco años más tarde, el yerno de Janet, Édouard Pichon, trató de organizar en Viena un encuentro entre los dos hombres, Freud se negó a recibir a su antiguo adversario.

Jung, **Carl Gustav** (1875-1961) Psiquiatra y psicólogo suizo, fundó la escuela de Psicología Analítica. Se vio obligado a utilizar este nombre, elegido apresuradamente, por cuanto el que quería poner a su escuela, era el de Psicología Compleja, término ya acuñado por Pierre Janet. Jung ensanchó el acercamiento psicoanalítico de Sigmund Freud, interpretando disturbios mentales y emocionales como tentativa de encontrar integridad personal y espiritual. En especial, su experiencia con personas psicóticas fue decisiva para el acercamiento de Freud a Jung, pues el médico vienés había tenido contacto tan solo con neuróticos, básicamente las denominadas histerias. Con la publicación de la *Psicología del Inconsciente*, sin embargo, Jung declaró su independencia de la estrecha interpretación sexual de Freud con respecto a la libido mostrando los paralelos cercanos entre los mitos antiguos y las fantasías psicóticas y explicando la motivación humana en términos de una energía creativa más grande (*elan vitae*). Renunció a la presidencia de la Sociedad Psicoanalítica Internacional y fundó su escuela. Desarrolló sus teorías trazando un amplio conocimiento de la mitología *y* la historia, recorriendo diversas culturas en México, India y Kenia. Jung escribió voluminosamente, especialmente en metodología analítica y los lazos entre la psicoterapia y la creencia religiosa. Se interesó mucho en la sincronicidad, la alquimia y los estados alterados de conciencia, a punto que creó el método de imaginación activa, que surgió en el luego de la ruptura con Freud, mientras escribía el críptico libro Rojo. Se dedicó a la exploración del "espacio interno" a través de todo su trabajo. Se lanzó a la tarea equipado con los antecedentes de la teoría freudiana y con un conocimiento aparentemente inagotable sobre mitología, religión y filosofía. Era especialmente conocedor del simbolismo de tradiciones místicas complejas tales como gnosticismo, alquimia, cábala y tradiciones similares en el hinduismo y el budismo. Su teoría divide la psique en tres partes. La primera es el Yo, el cual se identifica con la mente consciente. Relacionado cercanamente se encuentra el inconsciente personal, que incluye cualquier cosa que no esté presente en la consciencia, pero que no está exenta de estarlo. Después de describir el inconsciente personal, Jung añade una parte al psiquismo que hará

que su teoría destaque de las demás: el inconsciente colectivo. Es el reservorio de nuestra experiencia como especie; un tipo de conocimiento con el que todos nacemos y compartimos. Aún así, nunca somos plenamente conscientes de ello. A partir de él, se establece una influencia sobre todas nuestras experiencias y comportamientos, especialmente los emocionales; pero solo le conocemos indirectamente, viendo estas influencias. Entre sus obras se destacan: *Tipos psicológicos*, *Recuerdos, sueños y pensamientos* y *El hombre y sus símbolos*.

Klein, Melanie (1882-1960) Psicoanalista austríaca. Su interés por dedicarse al psicoanálisis se fortaleció tras su asistencia, en 1918, al 5º Congreso Psicoanalítico Internacional, con la presidencia de Ferenczi, en el que Freud leyó *Lines of Advances in Psychoanalytic Therapy*. Este evento realizado en tiempos de guerra causó una fuerte impresión en Klein. Durante el análisis con Ferenczi, éste le llamó la atención acerca de sus grandes dotes para comprender a los niños y de su interés en ellos, y la alentó a dedicarse al análisis de éstos. La asignó como asistente de Anton von Freund en la tarea de organizar la enseñanza del psicoanálisis en la Sociedad de Investigación Infantil. En julio de 1919 Klein expuso su primer trabajo, *Der Familienroman in statu nascendi*, por el cual fue aceptada como miembro de la Sociedad Psicoanalítica Húngara, la cual estaba en un período de intensa actividad bajo la presidencia de Ferenczi. En 1922 se hizo miembro asociado de la Sociedad Psicoanalítica de Berlín. Un año después pasó a ser miembro pleno de ésta. En 1927 fue elegida miembro plenario de la Sociedad Británica. En 1932 publicó *El Psicoanálisis de niños*, la obra más importante publicada por un miembro de la Sociedad Británica hasta el momento. En 1934 comenzó el período de cinco años en los que supervisó junto a D.W.Winnicott. En 1937 publicó *Amor, odio y reparación*, junto a Joan Riviere. En 1955 se fundó la Asociación Melanie Klein. Otras de sus obras son: *Envy and Gratitude. A Study of Unconscious Sources* (1957), *Contributions to Psychoanalysis. 1921-1945* (1948), *Narrative of a Child Analysis. The Conduct of the Psychoanalysis of Children as Seen in the Treatment of a Ten-Year-Old Boy* (1961) y *Our Adult World and Other Essays* (1963).

Koffka, Kurt (1886-1941) Psicólogo alemán, co-fundador, junto a Wolfgang Köhler y Max Wertheimer de la escuela Gestalt de Psicología. Estuvo asociado a la Universidad de Giessen entre los años 1911-1924, y sirvió como sujeto de experimentos, junto a Köhler, en los experimentos sobre percepción que llevó a cabo Wertheimer que terminaron en una concepción más holística de los fenómenos psicológicos. Dirigió gran cantidad de experimentos, y es famoso por aplicar sistemáticamente los principios gestálticos a un amplio rango de problemas específicos. Una de sus principales obras, *Die Grundlagen der psychischen Entwicklung* (1921; *The Growth of the Mind*) versó sobre la aplicación de los principios de la psicología gestalt al problema de cómo los niños, en su temprana infancia, organizan el mundo aún nuevo e incomprensible para ellos. Su obra cumbre fue *Principles of Gestalt Psychology* (1935), con el cual contribuyó profusamente al estudio de la percepción, la memoria y el aprendizaje.

Kohlberg, **Lawrence** (1927-1987) Psicólogo norteamericano. Comenzó su carrera como psicólogo en la Universidad de Chicago. En 1958 completó su Ph.D., y se dedicó a comprender la toma de decisiones morales, basado principalmente en los trabajos iniciales de Jean Piaget. Para su tesis de doctorado estudió las diferencias en el razonamiento de los niños sobre dilemas morales. Afirmaba que las dificultades morales motivaban este tipo de desarrollo a través de una

secuencia fija de tipos flexibles y crecientes de razonamiento moral. También ayudó a clarificar la visión general del desarrollo cognitivo y los cambios de éste relacionados con la edad. Por esto, Kohlberg se convirtió en un líder de la educación moral. Esto marcó el comienzo de una vida dedicada al estudio del desarrollo moral, especialmente en los niños. Después de ocupar por un corto período una posición como profesor en la Universidad de Yale, Kohlberg fundó un hogar en Harvard en 1967, donde llevó a cabo buena parte de su investigación. Se hizo famoso por su trabajo allí a comienzos de la década del 70. Empezó como un psicólogo de desarrollo y luego se movió hacia el campo de la educación moral. Kohlberg usó encuestas como su mayor fuente de metodología de investigación. Usualmente presentaba a los sujetos dilemas morales y evaluaba sus respuestas entre un grupo de criterios. Kolhberg logró demostrar en sus estudios que las personas progresan en su razonamiento moral a través de una serie de etapas. La Teoría del Desarrollo Moral de Kolhberg ha ganado mucha popularidad y aún es ampliamente reconocida y utilizada. Esta teoría tiene muchas aplicaciones prácticas en situaciones reales y de la vida cotidiana como las escuelas. Kohlberg creía -y logró demostrar- a través de sus estudios que las personas progresan en su razonamiento moral a lo largo de una serie de etapas. Kohlberg basó sus ideas del razonamiento moral en las propuestas del razonamiento moral y la moral de cooperación de Piaget. Describió tres niveles principales del desarrollo moral con dos etapas cada uno. Kohlberg creía que los individuos sólo podían progresar a través de los tres niveles uno a la vez. Esto es, que los individuos no pueden "saltar" los niveles. Sus ideas sobre el desarrollo moral se basan en la premisa que al nacer, todos los seres humanos tienen un "vacío" de moral, ética y honestidad. Identificó a la familia como la primera fuente de valores y de desarrollo moral para el individuo.

Kölher, **Wolfgang** (1887-1967) Psicólogo alemán que fue una pieza clave en el desarrollo de la psicología de la Gestalt. En 1912 participó junto a Koffka en los experimentos sobre percepción que llevó a cabo Wertheimer y que terminaron en un nuevo movimiento psicológico conocido como Gestalt. Contribuyó a establecer el concepto de aprendizaje por *insight*: discernimiento repentino y automático sobre una serie de estímulos. En su libro *The Mentality of Apes* (La mentalidad de los monos), publicado en 1925, describió experimentos realizados con monos antropoides en la isla de Tenerife durante la Primera Guerra Mundial. De 1913 a 1920 estuvo en Tenerife dirigiendo la investigación con chimpancés. Demostró que los simios aprenden a partir de las totalidades y no de las partes, que muestran saltos abruptos en su desempeño, y que en general exhiben lo que la mayoría de nosotros llamaría una capacidad de razonamiento. Köhler dijo que lo que es válido para los simios lo es mucho más para los seres humanos, e increpó a los conductistas su manera harto mecánica de concebir el aprendizaje humano. Tras varios años en Berlín, emigró a Estados Unidos antes del estallido de la Segunda Guerra Mundial donde fue profesor en el Swarthmore College de 1935 a 1955. En 1921 fue jefe del Instituto de Psicología y profesor de Filosofía de la Universidad de Berlín, y publicó *Gestalt Psychology* en 1929. Entre sus obras se destacan también *Pruebas de inteligencia en antropoides* (1917), *Dinámica en psicología* (1940), *La psicología de la forma* (1947) y *Conexiones dinámicas en psicología* (1959).

Kraepelin, Emil (1856-1926) Psiquiatra alemán. En 1876, en el curso de una estancia en Leipzig, donde asistió al laboratorio de psicología experimental de Wilhelm Wundt, decidió la orientación

de su carrera. Dos años más tarde, presentó en Munich su tesis sobre el *Lugar de la psicología en la psiquiatría*, ante un tribunal presidido por Von Gudden, del que fue ayudante por cuatro años antes de regresar a Leipzig y al servicio de Flechsig. Fue nombrado en 1886 profesor de psiquiatría de la Universidad de Dorpat (Estonia); en Munich se encargó, en 1903, de la cátedra de psiquiatría y asumió la dirección de la nueva clínica universitaria, la Königlische Psychiatrische Klinik que, debido a su impulso, adquirió fama internacional. Kraepelin se formó en la escuela organicista y neuropatológica alemana del siglo XIX cuyo espíritu formalista correspondía a su carácter lógico y riguroso. Lo esencial de su obra se halla contenido en las ocho ediciones del *Tratado de psiquiatría* que fueron apareciendo de 1883 a 1915 y en el cual, separándose de los criterios esencialmente sintomáticos de sus predecesores, propuso clasificaciones sucesivas y sin cesar completadas de las enfermedades mentales, fundadas en las nociones de evolución y de estado terminal. A Kraepelin debemos el concepto de *demencia precoz*, al que confirió unidad y extensión particulares al agrupar tres tipos clínicos principales, *la catatonía*, aislada entre 1863 y 1874 por Kahlbaum; la *hebefrenia*, descrita por Hecker en 1871, y una forma delirante, a la que calificó de *paranoide*. Esta entidad nueva, muy claramente definida desde la sexta edición del *Tratado* (1899), tuvo rápidamente amplísimo éxito en el mundo psiquiátrico y preparó el camino para la esquizofrenia de Bleuler. La noción de delirio paranoide lo condujo, así pues, a limitar definitivamente el vasto concepto de *paranoia* a un sistema delirante restringida "durable e imposible de romper, que se instaura con conservación completa de la claridad y el orden en el pensamiento, en la voluntad y la acción". Fue también él quien dio carta de ciudadanía a la *psicosis maniaco-depresiva* hasta entonces fragmentada en cierto número de formas clínicas independientes, pero en ningún momento se preocupó por las hipótesis psicopatológicas y se contentó con consideraciones descriptivas y clasificatorias, pensando que estas afecciones eran psicosis de causa endógena, cuyo origen debía buscarse en la organización interna predisponente de la personalidad. Hay quien ha querido enfrentar a Kraepelin con Freud: más que opuesto, sin embargo, el aporte de estos dos hombres, nacidos el mismo año y cuyo genio fue tan diferente, se manifiesta complementario: Freud es la escucha del mundo interior de la neurosis; Kraepelin es la mirada clasificatoria llevada sobre la psicosis. Freud representaba el advenimiento de la psiquiatría dinámica del siglo XX, en tanto que Kraepelin realizó la indispensable síntesis de los análisis semiológicos del siglo XIX y nos dejó un sistema de referencia nosográfica homogéneo, rápidamente adoptado por el conjunto de las escuelas psiquiátricas occidentales y aún utilizado ampliamente.

Lacan, **Jacques-Marie** (1901-1981) Psicoanalista francés. La agitada vida intelectual de su época, en la que figuras como André Breton, André Gide, Jules Romains, James Joyce atraían cada vez más su atención, fue vivida por él de forma tal que rechaza los valores familiares y cristianos en los que había sido educado. Al iniciar su carrera médica, las ideas de Freud estaban ganando cada vez más espacio dentro del pensamiento francés. Se había creado la revista L´Evolution Psichiatrique y había sido fundada, el mismo día en que Lacan hacía su primera presentación de enfermo como médico neurólogo, la Sociedad Psicoanalítica de París. Entre 1927 y 1931 realizó los estudios necesarios para la especialización en psiquiatría. De esta época resaltan sus contactos con Henri Ey, Pierre Mâle y otras figuras de aquel entonces. En junio de 1932 empe-

zó su análisis con Rudolph Loewenstein, quien por aquellos tiempos era considerado como el mejor analista didáctico de la SPP. En 1934 pasó a ser miembro adherente de la SPP. Bajo la consigna de un retorno a Freud, replanteó conceptos psicoanalíticos a través del estructuralismo y la lingüística, lo que marca la influencia de Saussure y de la antropología de Lévi-Strauss en su obra. Así mismo, fueron muy importantes para las conceptualizaciones teóricas que desarrolló las lecturas de Husserl, Nietzche, Hegel y Heidegger. Podría decirse que Lacan leyó a Freud desde una exterioridad: psiquiatría, surrealismo y filosofía. A partir del interés común por la obra de Hegel, comenzó una amistad con Georges Bataille, de quien toma su interés por Sade, sus reflexiones sobre lo imposible y sobre la heterología, de donde toma el concepto de "real", concebido primero como "resto" y después como "imposible". La concepción lacaniana del inconsciente como estructura también esta teñida de la influencia de la obra de Lévi-Strauss. Por otro lado, los lazos que Lacan establece con Koyré, Kojève, Corbin, Heidegger, Hyppolite, Ricoeur, Althusser y Derrida, muestran que para él todo cuestionamiento del freudianismo debía pasar por una interrogación de tipo filosófico. La notoriedad que le proporcionó la frecuentación del medio intelectual parisino había aportado a Lacan una pequeña clientela privada, pero hasta 1947 no recibió demasiados pedidos de análisis didácticos. Fue el médico personal de Picasso. En 1953 presentó su dimisión a la SPP. Las nuevas formulaciones que había introducido, en particular las relativas a la práctica de la cura, hicieron que los sectores más ortodoxos de la SPP lo acusaran de sembrar la discordia en la institución y la rebelión en los que eran sus alumnos. Se unió con Lagache para fundar la Sociedad Francesa de Psicoanálisis (SFP)y durante los diez años que duró la SFP, encontró en Francoise Dolto, que también se incorporó a la nueva institución, a una interlocutora que valoraba en forma notable. En 1963 fue expulsado de la Asociación Internacional de Psicoanálisis, y un año más tarde fundó la Escuela Freudiana de París, junto a Dolto, Leclaire, Octave y Maud Mannoni. Su objetivo, según sus propias palabras, era la restauración de la verdad en el campo abierto por Freud, denunciando las desviaciones que obstaculizaban su progreso. Habiéndose ya iniciado su declinación física e intelectual, en particular luego de un accidente automovilístico que sufrió en 1978, disolvió en 1980 la escuela y fundó la Causa Freudiana, que luego sería la Escuela de la Causa Freudiana. Entre sus obras se destacan: *Los escritos técnicos de Freud*, *El yo en la teoría de Freud*, *Las psicosis*, *La relación de objeto y las estructuras freudianas*, *Las formaciones del Inconsciente* y *La ética del psicoanálisis*.

Lewin, **Kurt** (1890-1947) Filósofo y psicólogo alemán. Es el principal fundador de la psicología social moderna. Fue uno de los primeros y más elocuentes proponentes del enfoque matemático en la teoría socio-psicológica. Es considerado como el primero que realizó estudios sobre dinámica de grupo. Enfatiza el estudio de los procesos psicológicos. Su teoría del campo surge de la fusión de concepciones de la psicología gestáltica y del conductismo. De la amplia gama de estudios que realizó se afianzan dos líneas directrices de la psicología social posterior a él: a) el énfasis de los procesos cognoscitivos contribuye a que la psicología social se desplace del enfoque conductista al cognitivista; y b) desarrollo de la psicología social aplicada en términos de investigación– acción y sobre la base de sus inquietudes de los problemas de la vida diaria y de los grupos sociales. Con Lewin la psicología social psicológica pasa del modelo Estímulo-Respuesta (E-R) al modelo Estímulo-Organismo-Respuesta (E-O-R). Pero éste aspiraba ir más allá de esta

visión y encontrar la relación entre el individuo que actúa como E-O-R y la sociedad a través del estudio de la dinámica de grupos y combinando el método experimental con los estudios de campo. Su compromiso con la aplicación de la psicología a los problemas sociales lo condujo al desarrollo del Centro de Investigación de Dinámicas de Grupo del M.I.T. (Massachusetts Institute of Technology). Deseaba buscar más allá de la simple descripción de la vida grupal e investigar las condiciones y fuerzas que le dan lugar o se resisten a ésta. Consideraba que, para que el cambio tuviera lugar, la situación total debía ser tenida en cuenta. Si se utilizaban los hechos aislados, se desarrollaría un cuadro mal representado. Lewin escribió alrededor más de 80 artículos y ocho libros en una amplia gama de temas psicológicos. Aunque la Asociación Americana de Psicología nunca lo escogió para ninguna labor o comité significativo, su presencia en la historia de la psicología ha sido de gran importancia.

Luria, **Alexandr Románovich** (1902-1977) Neurólogo ruso de origen eslavo. A partir de la observación de un número incalculable de lesiones cerebrales humanas, propuso una visión de conjunto del funcionamiento del cerebro, que revolucionó las nociones clásicas sobre este órgano. Se destaca su capacidad de divulgar aspectos científicos mediante métodos aparentemente poco ortodoxos. Utilizó la novela para explicar sus descubrimientos. En el hombre con un mundo hecho añicos, describe la relación médico-paciente y las discapacidades funcionales de un hombre cuyo cerebro ha sido dañado por heridas de guerra. Este libro subtitulado *La Historia de un Cerebro Herido* no es la historia de una herida, sino la narración de una persona herida. Tener en cuenta al ser humano concreto y no únicamente la patología es un punto de vista no muy frecuente en la clase médica. Fue publicado por primera vez en 1972. También es característica de Luria su libertad de pensamiento. Antes de él, los psicólogos creían que la percepción del mundo era algo fijo y estable, independiente de la cultura. Luria cambió este concepto, dándose cuenta que el medio social nos transmite sus propios esquemas de percepción del medio y de nosotros mismos, y sus patrones de desarrollo y conducta. En *Lenguaje y Desarrollo de los Procesos Mentales en la Infancia*, Luria explica el famoso experimento con los gemelos G monocigotos (con la misma herencia cromosómica). Allí se muestra cómo el medio ambiente y la cultura tienen mayor efecto en los niños que su genotipo (1979). Pero Luria, por descontado, también practicó la "ciencia clásica" como ponen de manifiesto sus muy conocidos estudios neurológicos sobre afasia traumática, lingüística y memoria. De ellos proceden aportaciones fundamentales para la neuropsicología, como la explicación de la función de las zonas "libres" en la corteza cerebral, diferencia básica entre hombre y mono, de la que hablaremos en próximos números. El aspecto más innovador de los prodigiosos trabajos de Luria fue la primera visión global del funcionamiento del cerebro, mediante el concepto de las tres unidades funcionales.

Maslow, **Abraham** (1908- 1970) Psicólogo judío americano, máximo representante y fundador de la Escuela Humanista, basada en la idea que el ser humano posee los recursos internos para crecer y progresar. Primero estudió leyes, sólo para satisfacer a sus padres. Trabajó como profesor en las Universidades de Wisconsin y Columbia. En esta última realizó trabajos con E. L. Thorndike, donde se interesó por la investigación sobre la sexualidad humana. Enseñó durante los siguientes 14 años en Brooklyn, donde hizo contactos con muchos inmigrantes europeos intelectuales, como Adler, Fromm, Horney, entre otros, la mayoría

seguidores de la corriente gestáltica y psicoanalítica. Entre 1937 y 1951 construyó su teoría sobre el desarrollo del potencial humano, la jerarquía de las necesidades y la auto-realización del crecimiento personal. El pensamiento original de **Maslow** fue el estudio de la personalidad, pero no fundamentado como hasta entonces en teorías basadas en la observación de personas mal adaptadas o neuróticas, sino que estableció su criterio sobre la personalidad a partir del estudio de personas exitosas y creadoras. En 1951 fue asignado en la Universidad de Brandeis como presidente del Departamento de Psicología y allí donde conoció a Kurt Goldstein. Durante 1962, escribió *Hacia una psicología del ser*. Más tarde, en 1964 escribió *Religiones, valores y experiencia cúspide*. Fue elegido presidente de la Asociación Americana de Psicólogos en 1968. En 1970, publicó *Motivación y personalidad*, y en 1971 *La amplitud potencial de la naturaleza humana*. Propuso la conocida "Jerarquía de necesidades", afirmando que éstas están jerarquizadas y escalonadas de forma tal que cuando quedan cubiertas las necesidades de un orden es cuando se empiezan a sentir las necesidades del orden superior (v. *Perspectiva humanista*). Sus obras más importantes: *El hombre auto-realizado*, *Más allá del ego*, *La personalidad creadora* y *La experiencia mística*.

Mayo, **Elton** (1880-1949) Psicólogo y sociólogo estadounidense de origen australiano. Fue profesor en la Universidad de Queensland desde 1919 hasta 1923, año en que se trasladó a Estados Unidos para ejercer como profesor en la Universidad de Pennsylvania. Entre 1926 y 1947 fue catedrático de Investigación industrial en los cursos de postgrado de Administración de Empresas en la Universidad de Harvard. La investigación que emprendió en la Western Electric's Hawthorne Works de Chicago tenía como objeto establecer la relación entre la satisfacción del trabajador y su productividad. En *Los problemas humanos de una civilización industrial* (1933) argumentaba que los obreros se sienten menos satisfechos cuando la empresa crece y, por tanto, es más distante e impersonal. Sugería que los directivos debían organizar el lugar de trabajo de tal forma que el obrero pudiera sentirse aceptado y comprometido con un pequeño grupo para mejorar y aumentar la producción. A Mayo se le criticó por intentar resolver los conflictos colectivos por medio de la psicología individual. Sin embargo, el libro sobre la central eléctrica Hawthorne que publicó junto con otros colegas en 1939 -*Dirección y clase obrera*, con Fritz J. Roethlisberger y William J. Dickson- influyó en estudios posteriores de psicología industrial y sociología.

Mead, George Herbert (1863-1891) Filósofo pragmático y psicólogo social estadounidense nacido en South Hadley, Massachusetts. Merece ser considerado como constructor de la psicología social por el trabajo que desarrolló respecto a la relación entre el individuo y su ambiente, considerándola como una relación dialéctica. Genera una escuela en Chicago a la que Blumer da el nombre de Interaccionismo Simbólico. Dio origen a un nuevo conductismo que se denominó conductismo social; en esta concepción el hombre deja de ser un reactor o individuo que reacciona ante el ambiente en función de instintos incontrolables o de estímulos que se sitúan fuera de él, para convertirse en un intérprete de su medio y de sus relaciones con los demás. Sostiene que la relación entre los seres humanos se construye conjuntamente durante la interacción a la que se añade el elemento simbólico, pues se da una conversación de gestos y de lenguajes que poseen símbolos significantes. Los interaccionistas simbólicos estudian las relaciones entre individuos en situaciones concretas y consideran

Pavlov, Iván Petrovich

que la conducta social no se puede predecir, ya que en la interacción humana no existen determinismos sociológicos ni psicológicos. La conducta social sólo puede ser entendida dentro del contexto de la estructura social en la cual toma lugar. Con el tiempo este enfoque evoluciona y dar lugar a un interaccionismo simbólico estructural. Influido por la teoría evolutiva y la naturaleza social de la experiencia y de la conducta, Mead resaltó la inmersión del yo y de la mente en el orden social. Afirmaba que el yo surge por un proceso social en el que el organismo se cohibe. Esta timidez es el resultado de la interacción del organismo con su ambiente, incluyendo la comunicación con otros organismos. El gesto verbal (lenguaje) es el mecanismo a través del cual se verifica esta evolución. Pero para Mead también la mente es un producto social; es un instrumento desarrollado por el individuo para hacer posible la solución racional de los problemas. Hizo por ello hincapié en la aplicación del método científico en la acción y reforma social. Durante su vida Mead sólo publicó artículos. Sus libros fueron editados tras su muerte a partir de manuscritos y de los apuntes de sus alumnos: *La filosofía del presente* (1932), *Espíritu, persona y sociedad* (1934) y *La filosofía del acto* (1938).

Pavlov, Iván Petrovich (1849-1936) Fisiólogo ruso discípulo de Ivan Sechenov y ganador del Premio Nobel en 1904 por sus investigaciones sobre el funcionamiento de las glándulas digestivas. En 1890 fue invitado a organizar y dirigir el Departamento de Fisiología en el Instituto de Medicina Experimental. Bajo su dirección, que continuó por un período de 45 años hasta el final de su vida, este instituto se convirtió en uno de los más importantes centros de investigación fisiológica. En 1890 Pavlov fue asignado como profesor de farmacología en la Academia Militar de Medicina. Fue en el Instituto de Medicina Experimental entre los años 1891 y 1900 donde Pavlov enriqueció su investigación sobre la fisiología de la digestión. Fue allí donde desarrolló el método quirúrgico del experimento "crónico" con el uso extensivo de fístulas, que le permitían observar de manera continua el funcionamiento de diversos órganos bajo condiciones relativamente normales. Este descubrimiento dio lugar a una nueva era en el desarrollo de la fisiología, pues hasta ese entonces el principal método usado era el de la vivisección "aguda". Esto implicaba que el estudio de cualquier órgano necesitaba la disrupción de la interrelación normal entre el órgano y su entorno. Este método era inadecuado como medio para determinar cómo eran reguladas las funciones de un órgano o para descubrir las leyes que gobiernan el organismo como una totalidad bajo condiciones normales –problemas que habían obstaculizado el desarrollo de toda la ciencia médica. Con este método de investigación, Pavlov abrió el camino para nuevos avances en la medicina teórica y práctica. Trabajó de forma experimental y controlada con perros, a los que incomunicaba del exterior en el laboratorio que se pasó a llamar "las torres del silencio". Sus estudios lo llevaron a interesarse por lo que denominó *secreciones psíquicas*, o sea, las producidas por las glándulas salivales sin la estimulación directa del alimento en la boca. Pavlov notó que cuando en la situación experimental un perro escuchaba las pisadas de la persona que habitualmente venía a alimentarlo, salivaba antes de que se le ofreciera efectivamente la comida; no obstante, si las pisadas eran de un desconocido, el perro no salivaba. Estas observaciones le inspiraron para llevar a cabo numerosos estudios que fueron la base del condicionamiento clásico. En 1903, en el 14º Congreso Médico Internacional en Madrid, Pavlov leyó un escrito sobre "La Fisiología Experimental y la Psicopatología de los Animales". En este escrito presentó la definición del

reflejo condicionado y otros reflejos; también mostró que un reflejo condicionado debería ser comprendido como un fenómeno fisiológico elemental. A esta explicación le siguió la referida a que el reflejo condicionado es un indicador del mecanismo de las formas más avanzadas de desarrollo en animales y humanos en su medio, lo que permitiría un estudio objetivo de su actividad física. Nunca se consideró un psicólogo, y hasta el fin de sus días sostuvo que era un fisiólogo. Se negó a explicar el condicionamiento clásico según la opinión corriente de que la salivación del perro frente a un indicador cualquiera se debe a su expectativa de que recibirá alimento. Rechazó toda explicación basada en una supuesta "conciencia" del perro, apegándose estrictamente en cambio a las explicaciones fisiológicas. Hoy se estima que la obra de Pavlov ha sido precursora, ya que fue el primero en efectuar investigaciones sistemáticas acerca de muchos fenómenos importantes del aprendizaje, como el condicionamiento, la extinción y la generalización del estímulo. Si bien Pavlov no creó el conductismo, puede decirse que fue su pionero más ilustre. John B. Watson quedó impresionado por sus estudios, y adoptó como piedra angular de su sistema el reflejo condicionado. Pavlov fomentó una gran escuela de fisiólogos, la cual produjo muchos pupilos distinguidos. Dejó el legado científico más rico: un brillante grupo de investigadores, quienes continuarían desarrollando las ideas de su maestro, y un buen número de seguidores en todo el mundo.

Piaget, **Jean** (1896-1980) Célebre científico suizo que trabajó durante muchos años en Francia. Doctorado en Filosofía y Psicología, ocupó la cátedra sobre tales especialidades en las Universidades de Neuchatel, Ginebra, Lausana y Sorbona. Fue durante muchos años director del Instituto Jean-Jaques Rousseau de Ginebra, cargo en el cual había sido designado en 1929. Aunque su influencia en el continente europeo fue muy grande, en el mundo psicológico anglosajón su repercusión no se dio hasta fines de la década de 1950, debido en parte a su insistencia en explorar el mundo interior infantil, lo cual chocaba con el conductismo de aquella época. Conocido como el teórico del desarrollo cognoscitivo, especialista en el desarrollo humano, se interesó en el crecimiento de las capacidades cognoscitivas humanas. Con él, adquieren nuevas dimensiones todos los procesos cognitivos. Según él, la percepción, la representación simbólica y la imaginación llevan implícito un componente de actividad física, fisiológica o mental. En todas estas tareas hay una participación activa del sujeto en los diferentes procesos de exploración, selección, combinación y organización de las informaciones. Estudiando en París, empezó a estandarizar las pruebas que Alfred Binet había desarrollado para medir la inteligencia de los escolares franceses; se interesaba más por las respuestas equivocadas de los niños que las correctas. Fue allí donde se dio cuenta que había encontrado su campo de investigación, pues éste ofrecía muchas claves para penetrar en el proceso del pensamiento de los niños; estaba interesado en la forma en que los niños llegan a conclusiones más que en el hecho de si sus respuestas eran correctas o no. Interrogaba a los niños para encontrar la lógica detrás de sus respuestas. Según Piaget, la inteligencia tiene dos atributos principales: la organización y la adaptación. El término constructivismo en su teoría, significa que el sujeto, mediante su actividad (tanto física como mental) va avanzando en el progreso intelectual en el aprendizaje; pues el conocimiento para el autor no está en los objetos ni previamente en nosotros es el resultado de un proceso de construcción en el que participa de forma activa la persona. En esta teoría se da más importancia al proceso interno de razonar que a la

manipulación externa en la construcción del conocimiento, aunque se reconoce la mutua influencia que existe entre la experiencia de los sentidos y de la razón. Piaget quiso demostrar que el aprendizaje no se produce por acumulación de conocimiento, como pretendían los empiristas sino porque existen mecanismos internos de asimilación y acomodación. Para la asimilación es establecimiento de relaciones entre los conocimientos previos y los nuevos; para la acomodación es la reestructuración del propio conocimiento. Piaget llegó a ser Director del Instituto Suizo para el Estudio del Niño y Entrenamiento de Profesores. A través del estudio de sus propios hijos y de los ajenos, Piaget construyó una teoría completa del desarrollo cognoscitivo. Escribió más de 40 libros y más de 100 artículos sobre Psicología Infantil, y trabajos sobre Biología, Filosofía y Educación. Piaget afirmaba que el pensamiento de los niños es de características muy diferentes del de los adultos. Afirmaba que con la maduración se producen una serie de cambios sustanciales en las modalidades de pensar (*metamorfosis)* de los niños para convertirse en las propias de los adultos. Para explorar los procesos de pensamiento (especialmente la atención y la inteligencia) de los niños, Piaget recurrió al *método fenomenológico*. Este método es por naturaleza subjetivo y demanda de una interpretación por parte del investigador. La exploración del desarrollo cognitivo era para Piaget el camino más provechoso para efectuar aportaciones a la epistemología. Este desarrollo es el crecimiento que tiene el intelecto en el curso del tiempo, la maduración de los procesos superiores de pensamiento desde la infancia hasta la edad adulta. En la psicología actual está teniendo lugar una "revolución cognitiva". En los últimos tiempos ha renacido el interés por la cognición, la formación de conceptos y el pensamiento y gran parte de este entusiasmo es atribuible a la influencia de Piaget. Autor prolífico, Piaget publicó varios libros sobre el desarrollo mental infantil. Entre ellos cabe mencionar *El lenguaje y el pensamiento en el niño* (1926), *La construcción de lo real en el niño* (1954), *El desarrollo de la noción del tiempo en el niño* (1969), *De la lógica del niño a la lógica del adolescente* (1955), *Introducción a la epistemología genética* (1950) y *Epistemología y psicología de la identidad* (1968).

Pichon Rivière, Enrique (1907-1977) Psiquiatra y psicoanalista suizo. Fue uno de los introductores del psicoanálisis en Argentina, y uno de los fundadores de la APA, de la que luego tomó distancia para dedicarse a la construcción de una teoría social que interpreta al individuo como la resultante de su relación con objetos externos e internos. En este marco, fundó la Escuela de Psicología Social. De muy pequeño fue a Argentina. Estudió medicina, psiquiatría y antropología, aunque abandonó estos últimos estudios para desarrollar su carrera como psiquiatra y psicoanalista. A comienzos de los años `40 se convierte en uno de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Luego toma distancia de ella, para centrar su interés en la sociedad y la actividad grupal en el seno social, fundando la Escuela de Psicología social. Responsable de una renovación general de la psiquiatría, Pichon Rivière introdujo la psicoterapia grupal en Argentina (servicio que incorporó al Hospital Psiquiátrico cuando fue su director) y los tests en la práctica de esa disciplina, impulsando también la psiquiatría infantil y adolescente. Incursionó en política, economía, deporte, ensayó hipótesis sobre mitos y costumbres de Buenos Aires, y se interesó especialmente por la creación artística estableciendo un territorio común entre la crítica literaria y la interpretación psicoanalítica de la obra como expresión de las patologías del autor. Líder y maestro, desde la cátedra y las conferencias diri-

gidas al público más amplio y diverso, se convirtió en referente obligado para más de una generación de psicoterapeutas, y formó decenas de investigadores en el campo de una teoría social que interpreta al individuo como la resultante de la relación entre él y los objetos internos y externos. Incursionando en la psiquiatría clínica, Pichon Rivière comprende a la conducta como una totalidad en evolución dialéctica donde se puede discernir un aspecto manifiesto y otro subyacente, lo que terminó orientándolo definitivamente hacia el psicoanálisis. De su contacto con los pacientes, concluye que tras toda conducta "desviada" subyace una situación de conflicto, siendo la enfermedad la expresión de un fallido intento de adaptación al medio. En síntesis, que la enfermedad era un proceso comprensible. Tratando pacientes psicóticos, se le hizo evidente la existencia de objetos internos, y de fantasías inconscientes como crónica interna de la realidad. El examen de este mundo interno llevó a Pichon Rivière a ampliar la idea de "relación de objeto" formulando la noción de vínculo, que sustituyó además, al concepto de instinto. Esta ruptura parcial con algunas ideas del psicoanálisis desembocó en la construcción de una Psicología Social. Pichon Rivière logra, según él mismo, una formulación más totalizadora de su esquema conceptual en sus escritos *Empleo del Tofranil en el tratamiento del grupo familiar* (1962), *Grupo operativo y teoría de la enfermedad única* (1965), e *Introducción a una nueva problemática para la psiquiatría* (1967).

Rogers, **Carl** (1902-1987) Psicólogo y filósofo norteamericano. Ingresó a la Universidad de Wisconsin para obtener una licenciatura en agricultura. Posteriormente, cambió para estudiar ministerio sacerdotal y comenzó a estudiar Historia, por considerarla una preparación más adecuada. Años más tarde ingresó al programa de psicología clínica de la Universidad de Columbia, donde recibió su doctorado en 1931, y un doctorado en filosofía en 1931. Comenzó su trabajo en la Sociedad de Rochester para la Prevención de la Crueldad Infantil, hasta 1940. Durante este tiempo se vio influenciado por Theodore Reich y Otto Rank. Posteriormente aceptó el cargo de profesor de psicología en la Universidad Estatal de Ohio. En 1942 escribió su primer libro, *Consejería y Psicoterapia*. En 1945 fue invitado a crear un centro de consejería en la Universidad de Chicago. Estuvo trabajando allí hasta 1951, año en que publicó su mejor trabajo, *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. También durante este período empezó a esbozar su teoría de la personalidad. En 1961 publicó *On Becoming a Person*; en 1964 aceptó una posición como investigador en el Western Behavioral Sciences Institute; en 1980 escribió *A Way of Being*. Rogers aplicó sus teorías a una amplia variedad de situaciones. Durante muchos años trabajó en terapia y asesoría individual. También aplicó sus conceptos y métodos a la vida familiar, a la educación y al aprendizaje, a los procesos grupales, y en la última etapa de su vida dedicó buena parte de su tiempo a los "grupos de encuentro". Recibió el premio por la "Contribución Científica Distinguida" (1956) y el premio al "Desempeño Profesional" (1968) de la Asociación Psicológica Americana. Es indudable que sus ideas han tenido una gran influencia desde la década de los cincuenta y hasta nuestros días en diversos campos. Sus conceptos y métodos se han difundido en áreas como la psicología, la medicina, la industria y, desde luego, la educación. Conceptos como *vivir auténticamente*, *persona de funcionamiento cabal*, *respeto a la persona*, *no directividad*, *crecer*, *autorrealización*, etc., son parte ya de un lenguaje común en empresas y escuelas. Concretamente en las áreas de psicología y educación estas ideas han dado origen

a programas en el marco de lo que se ha llamado *desarrollo humano*, que como su nombre lo dice, tienen como objetivo la superación de la persona. En estos programas se trabajan aspectos como el autoconcepto, la autorrealización, la formación de valores, etc.

Skinner, **B. F.** (1904-1990) Psicólogo norteamericano que formuló los principios básicos del condicionamiento operante. Consideraba que un organismo tenderá a repetir una respuesta que ha sido reforzada y suprimirá una respuesta que ha sido castigada. Con ello convirtió al sujeto en agente activo del proceso de aprendizaje. Trabajó principalmente con ratas y palomas, y sostuvo que los mismos principios se aplican a los seres humanos. Afirmaba que los fenómenos internos, como los sentimientos, deben excluirse del estudio. Sostenía que estos procesos internos debían estudiarse por los métodos científicos habituales, haciendo hincapié en los experimentos controlados tanto con animales como con seres humanos. Sus investigaciones con animales, centradas en el tipo de aprendizaje -conocido como condicionamiento operante o instrumental- que ocurre como consecuencia de un estímulo provocado por la conducta del individuo, probaron que los comportamientos más complejos como el lenguaje o la resolución de problemas, podían estudiarse científicamente a partir de su relación con las consecuencias que tiene para el sujeto, ya sean positivas (refuerzo positivo) o negativas (refuerzo negativo). Su punto de vista es semejante al de Watson, aunque difería de éste en que los fenómenos internos, como los sentimientos, debían excluirse del estudio. Sostenía que estos procesos internos debían estudiarse por los métodos científicos habituales, haciendo hincapié en los experimentos controlados tanto con animales como con seres humanos. Sus investigaciones con animales, centradas en el tipo de aprendizaje -conocido como condicionamiento operante o instrumental- que ocurre como consecuencia de un estímulo provocado por la conducta del individuo, probaron que los comportamientos más complejos como el lenguaje o la resolución de problemas, podían estudiarse científicamente a partir de su relación con las consecuencias que tiene para el sujeto, ya sean positivas (refuerzo positivo) o negativas (refuerzo negativo). Uno de sus grandes aportes fue la modificación de conducta, técnica terapéutica que procura extinguir un comportamiento indeseable (a partir de remover el refuerzo) y sustituirlo por un comportamiento deseable por un refuerzo. Ha sido utilizada en toda clase de problemas psicológicos (adicciones, neurosis, timidez, autismo e incluso esquizofrenia) y es particularmente útil en niños. El mejor resumen de sus teorías está en el libro *About Behaviorism* (1974). Entre sus trabajos más importantes se encuentran: *La conducta de los organismos* (1938), y *Tecnología de la enseñanza* (1968). En *Más allá de la libertad y la dignidad* (1971), desde sus postulados deterministas, defiende el condicionamiento controlado masivo (en lugar de la educación actual, que sería también un condicionamiento masivo, pero descontrolado), como medio de control de un orden social dirigido a la felicidad del individuo. Entre sus últimos trabajos se encuentran: *Autobiografía: así se forma un conductista* (1976) y *Reflexiones sobre conductismo y sociedad* (1978).

Thorndike, **Edward Lee** (1874-1949) Es considerado el primer psicólogo de la educación. En su libro *Psicología de la educación* (1903), hizo un llamado a la divulgación única de investigaciones científicas y cuantitativas. En 1913-1914 publicó tres volúmenes donde estaban recogidas prácticamente todas las investigaciones científicas en psicología relevantes para la educación. Thorndike hizo importantes contribuciones al estu-

dio de la inteligencia y de la medida de las capacidades, a la enseñanza de las matemáticas y de la lectura y escritura, y a cómo lo aprendido se transfiere de una situación a otra. Además, desarrolló una importante teoría del aprendizaje que describe cómo los estímulos y las respuestas se conectan entre sí. Mediante el uso de experimentos de aprendizaje con animales, Thorndike formuló su denominada "teoría del ensayo y del error" (los efectos del premio y el castigo) y los principios del refuerzo (se aprende aquella acción cuyo resultado es más satisfactorio), que aplicó al desarrollo de técnicas especiales de aprendizaje para utilizar en el aula. Es especialmente conocido por la elaboración de varios tests de aptitud e inteligencia y por su rechazo a la idea de que las lenguas y las matemáticas constituyeran materias que disciplinaran la mente. Como consecuencia de ello trabajó intensamente para favorecer la inclusión de nuevas disciplinas académicas, como las ciencias físicas y sociales, en los currículos de las escuelas primaria y secundaria.

Titchener, **Edward** (1867-1927) Psicólogo, alumno de Wundt, creó junto a su maestro un enfoque denominado estructuralismo, el cual se basaba en la suposición de que la psicología tiene por objeto identificar los elementos fundamentales de la experiencia y la manera en que se combinan. Estudió en las universidades Oxford University y Leipzig, donde obtuvo el título de Ph.D. en Psicología, en 1892. Fue profesor de psicología en la Universidad Cornell (1892-1927), cabeza del Departamento de Psicología de la misma universidad (1892-1897) y editor del American Journal of Psychology (1895-1927), entre otros cargos. Uno de sus grandes aportes fue llevar la "nueva psicología", la psicología experimental de Wundt y otros los Estados Unidos, efectuando la transición de la filosofía mental a la psicología como es practicada actualmente. A través de una exploración profunda, sistemática y cuidadosa de la posición estructuralista, Titchener eventualmente reveló sus debilidades más significativas, permitiendo así la liberación de la psicología de sus limitaciones estructuralistas. Por esto, siempre fue visto como el "apostol" de Wundt en norteamérica. Reconocido como el líder del estructuralismo, Titchener fue calificado como el psicólogo más distinguido en los Estados Unidos, su experimentalista más representativo, y un maestro inspirador quien guió a muchos de sus pupilos en la dirección del procedimiento científico. La escuela estructuralista nació en Cornell y se hizo presente en la vida de Titchener y sus estudios de doctorado. Se rehusaba a considerar la psicología aplicada como una empresa válida y no tenía interés en estudiar animales, niños, comportamientos anormales ni diferencias individuales. Para Titchener, la psicología era el estudio de la experiencia desde el punto de vista del individuo experiencial. Todos los elementos deben existir en la conciencia; por esto, el hábito, el instinto y todos los mecanismos freudianos recibieron un tratamiento marginal de su parte, si es que alguno. Afirmaba que los procesos mentales tienen cualidades, intensidad, duración, claridad y extensión. Entre sus obras se encuentran: *Elementary Psychology* (4 volúmenes, 1901-1905); *A Text Book of Psychology* (1910) y *Systematic Psychology: Prolegomena* (1929).

Vygotsky, **Lev Semionovich** (1896-1934) Psicólogo ruso. En 1913 ingresó a la Facultad de Derecho de la Universidad Estatal de Moscú. Desde 1914 estudió paralelamente la licenciatura en Historia y Filosofía de la Universidad de Chaniasvki (uno de los centros estudiantiles más progresistas de ese momento). En 1917 concluyó ambos estudios universitarios, obteniendo así una sólida formación en ciencias humanas, con una amplia orientación en los problemas de

Watson, **John**

la filosofía, la historia, la crítica literaria y el libre dominio de las lenguas europeas fundamentales. Fue un participante directo y activo en la lucha por la construcción de una psicología científica a partir del materialismo dialéctico e histórico, en contra de la nueva psicología subjetiva e idealista de los intentos por construir la nueva psicología soviética, a partir del materialismo común y mecánico. En el transcurso de su corta pero extraordinariamente actividad científica, escribió cerca de 180 trabajos científicos: monografías y artículos, fundó una orientación totalmente nueva en la psicología, cuyo objetivo fue la elaboración de una teoría psicológica concreta de la conciencia, su estructura, función en la conducta y en toda la vida de los seres humanos. Los trabajos de L. S. Vigotsky, impresos sólo parcialmente durante su vida, se publicaron mucho tiempo después de su muerte ocurrida luego de una penosa enfermedad. En los años cincuenta se reeditaron algunos de ellos, y en 1960 salen a la luz los manuscritos que no habían sido publicados. Actualmente la mayoría de los trabajos de L. S. Vigotsky están editados en una colección de seis tomos de sus obras completas (1982-1984). En el período que podría parecer de años de esparcimiento, realmente se realizó un trabajo teórico y experimental muy grande, en el cual se desarrollaron y profundizaron algunas de sus concepciones. Este trabajo, en primera instancia, lo llevaron a cabo sus colaboradores, discípulos y seguidores más cercanos. Aquí debe mencionarse ante todo a sus compañeros de trabajo para la elaboración de una nueva concepción: A. N. Leontiev y A. R. Luria; sus colaboradores y discípulos más cercanos: L. I. Boznovich, A. V. Zaparozhets, D. B. Elkonin, R. E. Levina, N. G. Morosova, L. S. Slavina y muchos otros. En las investigaciones teóricas y experimentales que realizaban, seguían surgiendo y desarrollándose una nueva concepción, elaborada por Vigotsky. Esta entró en la historia de la psicología soviética como la concepción del surgimiento histórico de los procesos específicamente humanos, superiores, como la concepción de la compresión histórica de la conciencia humana. En Estados Unidos surgió toda una corriente y los psicólogos pertenecientes a ella no sólo llevan a cabo un análisis teórico de los puntos de vista de Vigotsky, sino que organizaban, partiendo de éstos, investigaciones experimentales especiales. Entre sus escritos se cuentan: *Psicología pedagógica*, *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*, *Pensamiento y lenguaje* y *La imaginación y el arte en la infancia*.

Watson, **John** (1878-1958) Conductista norteamericano que aplicó las teorías de estímulo-respuesta en el aprendizaje. Portavoz de la escuela psicológica conocida como conductismo, sostuvo que la psicología debería ocuparse exclusivamente del comportamiento observable y mensurable. Basó gran parte de su obra en los experimentos que Ivan Pavlov realizó sobre el condicionamiento. Estudió en la Universidad de Chicago y obtuvo el Ph.D. en Psicología en 1903. Cinco años más tarde, fue designado como profesor de psicología comparativa y experimental en la Universidad Johns Hopkins. Para entonces Watson ya había formado una serie de ideas que se convertirían en una rama completa de la psicología: el conductismo. Estudió la biología, la fisiología y el comportamiento de los animales, inspirado por el trabajo reciente de Ivan Pavlov. También estudió el comportamiento de los niños, concluyendo que los humanos son simplemente más complicados que los animales, pero operan bajo los mismos principios. Creía que todos los animales son máquinas extremadamente complejas que responden a las situaciones de acuerdo a sus vías nerviosas, que están condicionadas por la experiencia. En 1913, publicó un artículo resaltando sus ideas y esencialmente establecien-

do una nueva escuela psicológica. Esto porque discrepaba con Freud y encontró que la visión de éste sobre el comportamiento humano era demasiado filosófica, casi mística. También desechó la herencia como un factor significativo en la formación del comportamiento humano.

Wertheimer, **Max** (1880-1943) Psicólogo de origen checo, uno de los fundadores, junto con Kurt Koffka y Wolfgang Köhler, de la psicología Gestalt, escuela que intenta examinar los fenómenos psicológicos como formas enteras estructuradas, en lugar de analizar sus componentes como unidades separadas en la práctica. Llevó a cabo investigaciones en varios laboratorios de Praga, Berlín y Viena, interesándose particularmente en la percepción de estructuras ambiguas y complejas. A partir de estas observaciones desarrolló un conjunto de ideas que conformaron la base de la psicología gestalt. Criticó el sistema educacional de la época, basado en la lógica tradicional y el asociacionismo, planteando que las tareas de resolución de problemas que implicaban reorganización y agrupamiento no eran estudiadas por la lógica, pero eran procesos esenciales del pensamiento humano. A esto se debe añadir el concepto de *praegnanz* (precisión) que plantea que cuando las sensaciones se organizan para constituir formas, se sigue un principio de economía que persigue el menor gasto de energía del sistema cognitivo. Para Wertheimer la verdad estaba determinada por la estructura total de la experiencia más que por sensaciones o percepciones individuales.

Winnicott, Donald W. (1896-1971) Psicoanalista inglés, presidente de la British Psichoanalytical Society, desarrolló una concepción sobre el proceso de maduración y la tarea de la madre, dando cuenta de un espacio intermedio entre los mundos interno y externo y planteando así, una nueva mirada sobre la estructuración del psiquismo infantil y la clínica, extensible también a la comprensión de los fenómenos culturales. Hacia 1919 el análisis de niños se centralizaba en Berlín, con M. Klein, y en Viena, con A. Freud. En 1920, Winnicott se especializó en pediatría, y en 1923 comenzó su análisis con James Strachey. Empezó a ejercer poco a poco la psiquiatría, para tratar "la hipocondría de los padres", como él decía. Su pensamiento está influenciado por Darwin, Freud y M. Klein. De Darwin le impactaba su teoría de la selección natural vinculada con la supervivencia en un medio hostil, a partir de la cual piensa que el bebé no puede adaptarse solo al entorno, necesitando de un ambiente facilitador producido por la madre. Respecto de Freud, reconocía y admiraba sus ideas, pero no enfatizaba la figura del padre, a quien proponía como sostén de la madre, protector de la diada madre-bebé y proveedor de un espacio para que la madre pudiera desarrollar su tarea. El complejo de Edipo, por otra parte, no le resultó suficiente para explicar las dificultades de desarrollo emocional de la infancia. También cuestionó las formulaciones freudiana y kleinianas sobre el instinto de muerte. Winnicott asignó gran importancia al juego; éste no es sólo descarga pulsional: comienza como movimiento de separación de la madre en un espacio potencial entre ésta y el bebé. Se trata de una experiencia real donde está involucrado el yo con sus capacidades, pudiendo la excesiva excitación arruinar o detener el juego. La influencia que recibió de M. Klein es notoria, sobre todo en lo relativo a la importancia asignada a la edad temprana del niño, su mundo interno y el poder de la fantasía. También el papel del juego y el uso de juguetes como medio para ingresar al mundo infantil, lo persecutorio de los objetos internos, las defensas primitivas y la depresión reactiva. Retomó también el concepto de reparación, pero le dio una vuelta más y habló de preocupación

por el otro y de la posibilidad de aportar algo a la relación sostenido en la confianza en el ambiente. Esto produce una actitud de madurez afectiva que hace posible mantener la relación de objeto y preservar a los objetos amados de la propia agresividad. En 1931 publicó *Clinical Notes on Disorder of Childhood*, su primer libro, y dos años más tarde comenzó su análisis con Joan Riviére, graduándose luego como psicoanalista de adultos y de niños. Ingresó en la British Psichoanalytical Society con su trabajo *The maniac defense* y, una vez adentro, se alineó dentro del llamado grupo intermedio, un tercer grupo que no adhería unilateralmente ni a A. Freud ni a M. Klein. Para André Green, después de Freud fueron Lacan y Winnicott, cada uno desde perspectivas diferentes, quienes hicieron las investigaciones más profundas y coherentes dentro del psicoanálisis. Sus ideas pueden agruparse en tres grandes áreas: el proceso de maduración, la tarea de la madre, sus cualidades y las dificultades que pueden surgir en este proceso.

Witmer, **Lightner** (1867-1956) Psicólogo norteamericano. Antes de graduarse, estudió en la Universidad de Pensilvania, bajo la dirección de James Cattell, y después de graduarse en 1888 siguió los pasos de su famoso maestro, yendo a Leipzig para preparar su doctorado en Psicología con Wundt. Witmer recibió su doctorado en 1892 y fue nombrado director del laboratorio de psicología de la Universidad de Pensilvania, que había quedado sin titular el mismo año, al incorporarse Cattell a la Universidad de Columbia. Al tomar el caso de un estudiante escolar que no podía aprender ortografía, Witmer se convirtió en el primer psicólogo clínico e inició lo que llegó a ser la primera clínica psicológica del mundo. La disponibilidad de un psicólogo para ayudar a un niño en un problema de estudio puede no parecer suficientemente importante para decir que se trata del inicio de una clínica y de una profesión, pero se debe recordar que hasta ese momento la psicología se había ocupado exclusivamente de estudiar el comportamiento general de las personas, y nunca las había tratado como individuos. La postura que tomó Witmer desde el principio fue hacer el diagnóstico del problema del niño, para administrar después el procedimiento apropiado para curarlo. Más tarde la clínica comenzó a tratar otro tipo de problemas: de lenguaje, de sensibilidad y de aprendizaje. Witmer trabajó también con niños "normales" y de alto nivel intelectual, para poder aconsejar y guiar a sus padres y maestros.

Wolpe, **Joseph** (1915-1997) Psiquiatra norteamericano nacido en Sudáfrica. Es mayormente conocido por su trabajo en las áreas de desensibilización y entrenamiento en asertividad, ambas de gran importancia dentro de la terapia comportamental. Obtuvo su doctorado en la Universidad de Witwatersrand, en Johannesburgo. Cuando comenzó la Segunda Guerra Mundial, se unió al ejército sudafricano como médico. Trabajó en un hospital psiquiátrico militar donde fue testigo del ahora llamado síndrome de estrés pos-traumático que sufrían muchos de los soldados, conocido en esa época como "neurosis de guerra". Wolpe y sus colegas intentaron tratar el problema con terapias basadas en el uso de medicamentos, y aunque los resultados fueron medianamente buenos, Wolpe decidió trabajar en la búsqueda de medios más efectivos para manejar el problema. Creó el concepto actualmente conocido como desensibilización. Su razonamiento se fundamentaba en que si gran parte del comportamiento, bueno o malo, es aprendido, no hay razón para que éste no pueda ser desaprendido. Desarrolló sus experimentos iniciales con gatos. A estos animales se les daban choques eléctricos moderados acompañados por sonidos específicos y estímu-

los visuales. Una vez los gatos asociaban el choque displacentero con estas imágenes o sonidos, éstos últimos creaban una sensación de miedo. A través de la exposición gradual de los gatos a estos mismos estímulos visuales y auditivos dándoles comida en lugar de choques, los animales paulatinamente "desaprendieron" su temor. Las técnicas modernas de desensibilización incluyen enseñar a los pacientes técnicas de relajación y gradualmente ensayar situaciones estresantes, hasta que el paciente finalmente logre manejar los objetos que le producen temor. En ocasiones, afirmaba Wolpe, el problema puede no ser el temor al objeto como tal, sino una asociación negativa que proviene de otra fuente. Sus investigaciones también condujeron al entrenamiento en asertividad. Igual que la desensibilización, ésta requiere un movimiento gradual hacia nuevos comportamientos. Las personas que tienen problemas de asertividad se asemejan a los fóbicos en la medida en que temen la confrontación y el conflicto, el causar enojo a otras personas, y el rechazo. El entrenamiento en esta habilidad les da el soporte para construir su confianza, relajarse en situaciones anteriormente consideradas como estresantes y dominar sus temores. Tal vez la contribución más importante de Wolpe a la psiquiatría fue el haber podido combinar dos disciplinas en apariencia dispares. Muchos psicólogos y psiquiatras sentían que a los métodos basados en la ciencia aplicada les faltaba el toque humanista que consideraban tan importante en el trato con personas. Lo que hizo Wolpe fue mostrar que la terapia efectiva y compasiva podía ser combinada con métodos empíricos de manera eficiente y con óptimos resultados. Entre sus escritos, los libros *Psicoterapia por Inhibición Recíproca* (1958) y *La Práctica de la Terapia Comportamental* (1969) son considerados clásicos en los estudios de terapia comportamental.

Wundt, **Wilhelm** (1832-1920) Fue uno de los fundadores del primer laboratorio científico de psicología en 1879, en la Universidad de Leipzig (Alemania), partiendo del supuesto de que la mente es capaz de observar su propio trabajo interno, y es a partir de este momento cuando aparece la Psicología Científica, pues antes la psicología no era considerada más que una rama de la filosofía. Usó el método de la introspección, mediante el cual observadores entrenados intentaron analizar sus propias percepciones, sus memorias y sus pensamientos, reduciéndolos a sensaciones, imágenes y sentimientos elementales. Las observaciones realizadas en el laboratorio y en la clínica mostraron que la vida mental no se limita a la experiencia consciente. Wundt fue profesor de medicina y fisiología humana de la Universidad alemana de Leipzig, y le interesaba conocer tanto los problemas fisiológicos como los filosóficos que forman la base de la psicología. Filósofo, fisiólogo y psicólogo, fue el fundador del *Estructuralismo*. En este laboratorio estudia las sensaciones a un nivel muy elemental, como el calor y el frío. Escribió el libro *Fundamentos de la Psicología Fisiológica,* uno de los libros más citados dentro de la psicología. Para Wundt hay dos aspectos esenciales en el comportamiento: lo objetivo (lo que vemos y sentimos) y lo subjetivo (cómo captamos aquello que estamos percibiendo). Con esta nueva psicología experimental se describe por primera vez el tiempo de reacción, que es lo que tarda el organismo en reaccionar a un estímulo determinado. También se descubren las primeras localizaciones cerebrales, base somática de la conducta y surge la idea de enfermedades mentales como enfermedades del cerebro, algo fisiológico. Wundt era un individuo con vastos intereses intelectuales. Por ejemplo, entre 1900 y 1920 publicó una obra de diez volúmenes titulada *Psicología de los pueblos*, en la que examinaba el desarrollo psicológico de la humani-

Wundt, **Wilhelm**

dad. Wundt fue muy influido por John Locke y por el empirismo inglés en general. Creía que el propósito primordial de la psicología era estudiar el modo en que las asociaciones de sensaciones e ideas simples dan origen a las ideas complejas. Y para este estudio, entendía que la herramienta adecuada era la introspección, proceso que requiere del sujeto (entrenado a tal efecto) observar lo que ocurre en su propia conciencia y dar cuenta de esos descubrimientos. El estructuralismo gozó de gran prestigio durante casi treinta años; no obstante, a la larga fue atacado desde múltiples ángulos, y para la época en que Wundt era un anciano, se lo consideraba ya caduco como escuela psicológica. Otros de sus libros fueron *Psicología fisiológica* (1880) y *Esquema de psicología* (1896).

APÉNDICE 2
CUESTIONARIOS, INVENTARIOS Y PRUEBAS PSICOLÓGICAS

16PF (***Sixteen Personality Factor Questionnaire***)**.** Creado por Raymond Cattell, evalúa la personalidad adulta normal. Usado para selección y colocación de personal, orientación personal y profesional, consejería matrimonial, evaluaciones clínicas e investigación psicológica sobre la personalidad. Se miden 16 rasgos primarios de la personalidad, incluyendo los niveles de asertividad, madurez emocional, sagacidad, autosuficiencia, tensión, ansiedad, neuroticismo y rigidez. Se aplica a personas de 16 años en adelante y puede administrarse de manera individual o grupal.

Blacky Pictures (**Retratos de Blacky**). Creada por Gerald Blum en 1950, es una técnica para la exploración de las dinámicas de personalidad de los niños. Presenta un perro pequeño llamado Blacky y a su familia en una serie de situaciones psicodinámicamente simbólicas. El principal objetivo de esta prueba está en poner en evidencia la dinámica de personalidad del sujeto en el continuo que se extiende desde la fase diagnóstica hasta la fase terapéutica. Con esta técnica proyectiva es posible identificar áreas como el crecimiento psicosexual, los mecanismos de defensa y las relaciones objetales del niño. Consiste en 12 figuras que ilustran las aventuras de Blacky. Las situaciones estímulo son fuertemente estructuradas pero los personajes de las figuras son perros, para facilitar la libre expresión personal en situaciones en las que las figuras humanas podrían provocar una inoportuna resistencia de tipo inhibitorio.

Children´s Apperception Test (**C.A.T.**). Creado por el psicoanalista Leopoldo Bellack y por Sonya Sorel Bellak, es una adaptación del T.A.T. (Thematic Apperception Test) de Murray, para niños. Sus láminas presentan personajes de animales en lugar de seres humanos. Se emplea con niños de tres a diez años de edad y el tiempo de aplicación es de 30 minutos. Fue diseñado como una prueba proyectiva para describir la personalidad a través del estudio de las diferencias individuales en las respuestas dadas a los estímulos presentados en forma de figuras de animales en ambientes seleccionados. Los diez ítems consisten en diez escenas que muestran una variedad de figuras animales, la mayoría de ellas en ambientes inequívocamente humanos. El uso de animales en vez de figuras humanas se basó en el supuesto de que los niños de estas edades se identificarían más fácilmente con dibujos de animales que con dibujos de personas. Esta técnica proyectiva está diseñada para ser usada en contextos clínicos y de investigación.

Cuestionario de Apoyo Social (SSQ). Creado por Saranson, Levine y Basham en 1983, fue diseñado para medir la disponibilidad y satisfacción del apoyo social. Consta de 27 ítems, tendiendo que evaluar el sujeto, en cada uno de ellos, qué personas proveen ese tipo de apoyo y el grado de satisfacción con el mismo.

Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ). Creado por H.J. Eysenck y B. G. Sybil en 1975. Mide las dimensiones de la personalidad de extroversión, emocionalidad y terquedad (psicoticismo en casos extremos). Usado para diagnóstico clínico, orientación educativa, consejería ocupacional, selección y colocación de personal y estudios de

mercadeo. Se aplica a personas adultas mayores de 16 años y su administración puede ser individual o grupal.

Cuestionario de Personalidad del Infante (CPQ). Creado por Rutherford Porter y Raymond Catell en 1979, evalúa el desarrollo de la personalidad en los infantes. Mide 14 rasgos primarios de personalidad útiles en la predicción y evaluación del curso del desarrollo personal, social y académico. Los rasgos medidos incluyen estabilidad emocional, auto-concepto, excitabilidad y la auto-confianza. Se aplica a personas entre los 8 y los 12 años, y su administración puede ser individual o grupal.

Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (DICA). Creada por Herjanic, Brown y Wheatt en 1975, es una entrevista diagnóstica altamente estructurada para niños y adolescentes que puede ser administrada a padres e hijos. La entrevista está diseñada principalmente para identificar una amplia gama de relaciones y comportamientos en el hogar y la escuela, problemas de aprendizaje y síntomas psiquiátricos.

Entrevista sobre la Interacción Social (**ISSI**). Creada por Henderson, Duncan-Jones, Byrne y Scott en 1980, evalúa la disponibilidad y la adecuación percibida en las relaciones sociales.

Escala Breve de Fobia Social (Brief Social Phobia Scale - BSPS). Escala de 18 ítems, diseñada para evaluar los síntomas característicos del trastorno de ansiedad social, utilizando tres subescalas: temor, evitación y síntomas neurovegetativos.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalar (Escala HAD). Creada por A.S. Zigmond y R.P. Snaith en 1982. Es una escala de autoevaluación para la detección de ansiedad y depresión clínicamente significativas en pacientes que se encuentran hospitalizados o recibiendo servicios hospitalares. Las subescalas de ansiedad y depresión también son medidas válidas del desorden emocional. Se aplica a personas adultas y de administra de manera individual.

Escala de Autoestima de Rosenberg. Cuestionario para explorar la *autoestima* personal entendida como los sentimientos de valía personal y respeto por uno mismo. Consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa, para controlar el efecto de la aquiescencia autoadministrada.

Escala de Depresión Infantil (CDS). Creada por Moshe Lang y Miriam Tisher en 1983, mide la depresión en los niños. Identifica los niños deprimidos que necesitan ser evaluados. Una escala de 66 ítems mide seis aspectos de la depresión infantil: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la propia enfermedad o muerte, culpa, y placer. Se administra a personas entre los 9 y los 16 años de edad, de manera individual.

Escala de Desesperanza de Beck (BHS). Creada por Aaron Beck y Robert Steer en 1988, evalúa la magnitud de la desesperanza en pacientes psiquiátricamente diagnosticados y mide la desesperanza en l población normal. Fue diseñada para medir las expectativas de un individuo con respecto al futuro a corto y largo plazo. Los tres aspectos principales que se miden se relacionan con los sentimientos sobre el futuro, la pérdida de motivación y las expectativas. Se aplica a personas de 13 años en adelante y se administra de manera individual.

Escala de Evaluación del Reajuste Social (SRRS). Creada por Holmes y Rahe, evalúa los acontecimientos vitales que generan estrés.

Escala de Ideación Suicida de Beck (**BSI).** Creada por Aaron Beck y Robert Steer en

1991, es un medio efectivo para evaluar el pensamiento y las actitudes suicidas en pacientes. También es útil para monitorear la ideación suicida en pacientes de quienes se sabe están en riesgo. Se aplica a personas de 17 años en adelante y su administración es individual.

Escala de Inteligencia para Adultos (**WAIS**). Llamada Wechsler-Bellevue, fue creada por Wechsler en el año 1939, con dos versiones: I y II. En 1955 revisó la forma I, la cual destina para medir la inteligencia en adultos dentro de un enfoque global de inteligencia; es aquí donde nace el WAIS. En 1981 finaliza la estandarización de esta escala revisada, para hacer de ella una prueba confiable y válida. Esta versión revisada se denomina WAIS-R. Es un test construido para evaluar la inteligencia global, entendida como concepto de CI, de individuos entre 16 y 64 años, de cualquier raza, nivel de escolaridad, origen socioeconómico y cultural. Es individual y consta de dos escalas: verbal (comprensión general, aritmética, semejanzas, retención de dígitos y vocabulario) y manipulativa o de ejecución (completación de figuras, diseño de cubos, ordenamiento de figuras, ensamble de objetos y símbolos de dígitos).

Escala de Inteligencia para Niños (**WISC).** Es el test individual más utilizado para los niños en edad escolar (5 a 16 años). Está formado por doce pruebas distribuidas en dos series: a) serie verbal: comprensión, aritmética, semejanzas, vocabulario y dígitos y b) serie manipulativa o de ejecución: figuras incompletas, historietas, cubos, claves y laberintos.

Escala de Inteligencia Stanford-Binet. Fue el primer test individual de inteligencia infantil que se desarrolló. Su aplicación toma entre 30 y 40 minutos. Se le pide al niño que defina palabras, construya con bloques, identifique las partes faltantes de una imagen, atraviese laberintos, y muestre una comprensión de los números. El puntaje obtenido mide el juicio práctico en situaciones de la vida real, memoria, y orientación espacial.

Escala de Inteligencia Wechsler para Preescolares y Niños de Primaria (**WPPSI).** Test individual que se aplica a niños entre los tres y los siete años de edad. Toma una hora para su aplicación. Se evalúan los aspectos verbal y de desempeño de los infantes.

Escala de Problemas Cotidianos. Creada por Burks y Martin en 1985, evalúa los acontecimientos molestos de la vida diaria que provocan respuestas de estrés.

Escalas Bayley de Desarrollo Infantil. Creadas por Nancy Bayley en 1969, son usadas para evaluar el estatus de desarrollo de los niños desde el primer mes hasta los tres años y medio de vida. Los ítems evaluados se ubican en tres categorías: 1) escala mental: mide capacidades como percepción, memoria, aprendizaje y comunicación verbal; 2) escala motora: mide la motricidad fina y gruesa; y 3) escala de comportamiento: evaluación de 30 ítems completada por el examinador con respecto a los comportamientos del niño durante la aplicación del test.

Escalas de Desarrollo Psicológico Infantil (**IPDS**)**.** Creada por Uzgiris y Hunt en 1975, es un test estandarizado para el desarrollo sensoriomotriz. Combina los enfoques psicométrico y piagetiano.

Escalas de Desórdenes Mentales de Devereux (**DSMD).** Creadas por J. A. Naglieri, P. A. LeBuffe y S.I. Pfeiffer en 1994. Indica si un niño o adolescente está experimentando, o se encuentra en riesgo de algún desorden emocional o comportamental de acuerdo con las clasificaciones del DSM-IV. Se aplica a personas entre los 5 y los 18 años y se puede

administrar de manera individual o en pequeños grupos.

House-Tree-Person (**HTP**). Prueba proyectiva de la casa, el árbol y la persona. Creada por John Buck en 1938, evalúa las alteraciones o perturbaciones de personalidad de individuos en contextos psicoterapéuticos, escolares y de investigación. Diseñada para obtener información sobre la sensibilidad, madurez, flexibilidad, eficiencia, grado de integración social e interacción con el medio. Se aplica a personas de tres años en adelante y se administra de manera individual.

Inventario de Ansiedad de Beck (**BAI**). Creado por Aaron Beck y Robert Steer en 1990, es una escala de 21 ítems que mide la severidad de la ansiedad en adultos y adolescentes. La información se organiza en grupos diagnósticos incluyendo el desorden obsesivo-compulsivo, desorden de pánico con y sin agorafobia, desorden de ansiedad generalizada y otras fobias sociales. El BAI evalúa los síntomas fisiológicos y cognitivos de la ansiedad. Se aplica a personas de 17 años en adelante y su administración es individual.

Inventario de Depresión de Beck (**BDI**). Creado por Aaron Beck y Robert Steer en 1987 para evaluar pacientes diagnosticados con depresión, y para la detección de depresión entre la población normal. Consiste en 21 ítems de múltiple respuesta escogidos para medir la intensidad de la depresión. Se aplica a personas de 13 años en adelante y se administra de manera individual.

Inventario de Depresión Infantil (**CDI**). Creado por Maria Kovacs en 1978, mide la severidad de la depresión en niños y adolescentes. También es usada para medir el progreso del paciente durante el tratamiento, y para fines de clasificación en procesos de investigación. Se aplica a personas entre los 8 y los 17 años y se administra de manera individual.

Inventario de Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia para Niños en Edad Escolar (***Kiddie SADS***). Creado por Puig-Antich y Chambers en 1978, es aplicado en niños y se basa en el Inventario de los Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia, una entrevista estructurada para adultos. Utiliza los criterios diagnósticos del DSM como depresión mayor, manía, esquizofrenia, ansiedad de separación, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada.

Inventario de Personalidad de Eysenck (**EPI**). Creado por H. J. Eysenck y B. G. Sybil en 1964, mide dos factores de personalidad principales: extroversión-introversión y neuroticismo-estabilidad. También hay una escala de mentiras que hace posible detectar cuando una persona finge. Se utiliza con frecuencia en contextos clínicos y otros contextos aplicados. Se aplica a personas adultas y se puede administrar de manera individual o grupal.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minesotta (**MMPI**). Creado por S.R. Hathaway y J.C. McKinley en 1942. Brinda información sobre las características de la personalidad que predisponen a dificultades individuales y sociales de algún tipo. Consta de 566 ítems en forma de afirmación, referidos a diferentes tipos de actividades, situaciones y temas. Las afirmaciones están relacionadas con actitudes, emociones, incapacidades motrices, síntomas psicosomáticos y otros sentimientos y comportamientos que indican problemas psiquiátricos. Consiste en diferentes escalas de trastornos patológicos, clasificados así: Escala 1 –Hs. Hipocondriasis Escala 2 – D. Depresión, Escala 3 – Hi. Histeria de conversión, Escala 4 – Dp. Disociación psicopática, Escala 5 – Mf. Masculinidad feminidad, Escala 6 – Pa. Paranoia, Escala 7 – Pt. Psicastenia, Es-

cala 8 – Es. Esquizofrenia, Escala 9 – Ma. Hipomanía y Escala 0 – Si. Introversión social.

Sistema de Codificación Comportamental (**BCS).** Creado por Patterson, Ray, Shaw y Cobb en 1969, es utilizado para la evaluación de desórdenes de conducta en los niños. Evalúa las interacciones familiares principalmente en ambientes familiares, aunque también lo hace en ambientes escolares.

Test de Apercepción de la Familia (FAT). Creado por Wayne M. Sotile, Alexander Julian, Susan E. Henry y Mary O. Sotile en 1991. Es un test proyectivo que establece una conexión entre la evaluación individual y familiar. Administrada de manera individual, elicita asociaciones proyectivas sobre los procesos y la estructura familiar, así como el afecto concerniente a relaciones familiares específicas. Es calificado en áreas como Conflicto evidente, Resolución de conflictos, Calidad de las relaciones, Vínculos, Circularidad disfuncional, Abuso, Respuestas inusuales, Rechazo y Tono emocional.

Test de Evitación Comportamental (BAT). Creado por Lang y Lazovik en 1963, es utilizado para la medición observacional de los miedos y ansiedades de los niños. El procedimiento consiste en pedirle al niño que entre a un salón en el cual se encuentra un estímulo elicitador de temor, que se acerque progresivamente y que toque, manipule y se involucre con el objeto. La lógica del test está en que, entre más intensa sea la ansiedad, más rápidamente en el proceso de aproximación el niño iniciará el escape o evitación del estímulo temido.

Test de Rorschach. Creado por Hermann Rorschach, es un test proyectivo que consta de 10 láminas compuestas por manchas de tinta (negras y policromáticas) sobre un fondo blanco. Se basa en las diferencias características en la percepción e interpretación de formas pictóricas. Estas láminas poseen una morfología vaga por lo que resultan especialmente sugerentes. Las láminas son presentadas de manera sucesiva a un paciente preguntándole lo que ve en ellas y cómo y dónde manifiesta lo observado. Interesa, entre otras cosas, la localización de lo observado, su forma, si presenta movimientos, y de qué tipo, si se perciben utilizando toda la lámina o parte de ella, en qué detalles de una lámina se visualizan los elementos, si lo observado tiene dimensión, profundidad, color, reflejo, sombra, brillo, si se observan objetos inanimados, humanos, animales, paisajes, el tipo de respuestas, etc.

Test Clínico de los Colores. Creado por Max Luscher en 1948, consiste en la elección por parte del sujeto de una serie de tarjetas de colores. Permite evaluar y diagnosticar el equilibrio emocional y psicofisiológico de un individuo en un momento determinado; así, cualquier alteración psicológica y orgánica puede ser detectada con esta técnica. Las estrechas relaciones entre las elecciones personales de los colores y las funciones biológicas pertinentes que se muestran como sentimientos y emociones que la persona anhela o rechaza, permiten construir un continuo que va desde los rechazos personales (frustraciones, angustias) hasta las compensaciones anheladas. La estructura de tendencias permite ver hacia la profundidad de los procesos que intervienen en su centro auto-regulatorio. Su campo de aplicación es en general cualquier área de la psicología clínica, organizacional, educativa y forense. La población a la que se puede aplicar es amplia (niños desde los cinco años hasta personas de la tercera edad). Su forma de administración es individual.

Test de Apercepción Temática (**TAT).** Creado por H A Murray y Leopold Bellazk en 1973. Fue diseñado para elicitar interpretaciones por parte del sujeto

sobre situaciones sociales. Las historias y descripciones de las figuras revelan algunos de los impulsos, emociones, sentimientos, conflictos y complejos dominantes de la personalidad. Se muestra a la persona una o más figuras y se le pide que describa lo que está sucediendo, qué conversación puede estar desarrollándose entre los personajes y/o cómo continuaría la "historia". Por esta razón, este test también es conocido como la técnica de interpretación de figuras.

Test de Kuder. Creado por Frederic Kuder en 1956, evalúa los intereses ocupacionales de estudiantes y adultos. Usado en consejería vocacional y colocación de empleados. Evalúa las áreas computacional, mecánica, científica, persuasiva, artística, literaria, musical, clerical y de servicio social. Se aplica a estudiantes de bachillerato y adultos y su administración puede ser individual o grupal.

Test del Dibujo de la Figura Humana - Machover. Creado por Karen Machover, es una prueba proyectiva de personalidad, de valoración cualitativa de orientación psicodinámica, que brinda datos sobre el estado emocional de la persona y detecta algunas patologías. La tarea consiste en hacer dos dibujos: el de un hombre y el de una mujer. Se evalúan aspectos como la ubicación y el tamaño de la figura, la presión ejercida con el lápiz, la simetría y la calidad de la línea. Los dibujos representan una forma de lenguaje simbólico que moviliza niveles relativamente primitivos de la personalidad; algunos psicólogos interpretan cada dibujo como una protección de la imagen corporal o del concepto de sí mismo. Un dibujo puede ser una proyección del concepto del sí mismo, de actitudes hacia otra persona en el medio ambiente, de la imagen del yo ideal, un resultado de circunstancias exteriores, una expresión de patrones de hábitos, la expresión del tono emocional. Además el dibujo puede ser una manifestación consciente o bien incluir símbolos profundamente encubiertos que corresponden a fenómenos inconscientes.

Test Gestáltico Visomotor de Bender (B.G.). Creado por la psiquiatra norteamericana Lauretta Bender en 1932. Se trata de una prueba no verbal, neutra e inofensiva, aplicable desde los 4 años de edad. Se basa en la teoría de la gestalt pero es muy utilizado por diferentes corrientes de pensamiento. Constituye uno de los tests más difundidos del mundo, incluido en gran cantidad de batería psicodiagnósticas. Es muy utilizado en lo referente a posibles compromisos neuronales o enfermedades orgánicas de la persona estudiada (p.e. afasias). Irrumpe en la comprensión y reproducción de una gestalt (la figura en relación). Consta de un protocolo de 9 figuras geométricas entregadas por un profesional en cierto ordenamiento y posición, que el examinado debe copiar en una hoja en blanco. A continuación se analizan los resultados de las pruebas, considerando la percepción obtenida (p.e. la utilización de los espacios, las formas, los trazos, la fidelidad de la copia, etc.).

Wartegg. Prueba de personalidad gráfica-proyectiva. Es utilizada en psicología organizacional y clínica. Ofrece la posibilidad de conocer el rendimiento individual, el comportamiento, la situación y la toma de posición del individuo frente a aspectos determinados como estructura del yo, posición frente al mundo, manejo de relaciones interpersonales, dinamismo y energía vital para el logro de objetivos, utilización de los procesos de análisis, asociación y síntesis, manejo de la ansiedad y comportamiento ético frente a los valores, entre otros.

APÉNDICE 3
CORRIENTES, ENFOQUES, ESCUELAS Y MODELOS

Biopsicología. Estudio científico de la biología del comportamiento y los procesos mentales. Este campo es también denominado psicología biológica, biología comportamental o neurociencia comportamental. La mayoría de los biopsicólogos son psicólogos experimentales que unen su conocimiento sobre biología al estudio de los fenómenos psicológicos. Dichos fenómenos incluyen el comportamiento y los procesos psicológicos subyacentes como el aprendizaje, la memoria, la percepción, la atención, la motivación, las emociones y la cognición. Los biopsicólogos trabajan en una variedad de campos: estudian el cerebro para entender los mecanismos neurales de los procesos mentales; examinan la manera en que las drogas afectan las funciones psicológicas; investigan la influencia de los genes en los rasgos psicológicos y en el comportamiento, entre muchas otras áreas. Los métodos de investigación de la biopsicología se enmarcan en dos categorías generales: 1) Métodos de manipulación y medición del comportamiento, y 2) Métodos de manipulación y medición de los factores biológicos.

Conductismo (o **Behaviorismo**). Corriente de la psicología inaugurada por John B. Watson, quien defiende el empleo de procedimientos estrictamente experimentales para estudiar el comportamiento observable (la conducta), considerando el entorno como un conjunto de estímulos-respuesta. El enfoque conductista en psicología tiene sus raíces en el asociacionismo de los filósofos ingleses, así como en la escuela de psicología estadounidense conocida como funcionalismo y en la teoría darwiniana de la evolución, ya que ambas corrientes hacían hincapié en una concepción del individuo como un organismo que se adapta al medio (o ambiente). Surgió en el siglo XX, época en la que la tendencia dominante en la psicología era el estudio de los fenómenos psíquicos internos mediante la introspección, método considerado bastante subjetivo. Watson no negaba la existencia de los fenómenos psíquicos internos, pero insistía en que tales experiencias no podían ser objeto de estudio científico porque no eran observables. Propuso hacer científico el estudio de la psicología empleando sólo procedimientos objetivos tales como experimentos de laboratorio diseñados para establecer resultados estadísticamente válidos. El enfoque conductista le llevó a formular una teoría psicológica en términos de estímulo-respuesta. Según esta teoría, todas las formas complejas de comportamiento -las emociones, los hábitos, e incluso el pensamiento y el lenguaje- se analizan como cadenas de respuestas simples musculares o glandulares que pueden ser observadas y medidas. Watson sostenía que las reacciones emocionales eran aprendidas del mismo modo que otras cualesquiera. La teoría watsoniana del estímulo-respuesta supuso un gran incremento de la actividad investigadora sobre el aprendizaje en animales y en seres humanos, sobre todo en el período que va desde la infancia a la edad adulta temprana. A partir de 1920, el conductismo fue el paradigma de la psicología académica, sobre todo en Estados Unidos. Hacia 1950 el nuevo movimiento conductista había generado numerosos datos sobre el aprendizaje que condujo a los nuevos psicólogos experimentales estadounidenses como Edward C. Tolman, Clark L. Hull, y B. F. Skinner a formular sus propias teorías sobre el aprendizaje y el comportamiento basa-

das en experimentos de laboratorio en vez de observaciones introspectivas. El conductismo es una de las teorías más importantes dentro de la perspectiva del aprendizaje. Se enfoca en los comportamientos que pueden ser vistos, medidos y registrados. Los conductistas buscan factores inmediatos y observables que determinan si un comportamiento en particular continuará. Reconocen que la biología fija ciertos límites sobre lo que las personas hacen, pero conciben al entorno como mucho más influyente en la dirección del comportamiento. Los conductistas creen que el aprendizaje modifica el comportamiento y adelanta el desarrollo. Consideran que los seres humanos aprenden sobre el mundo como los demás animales: reaccionando a los aspectos de su entorno que les resultan placenteros, dolorosos o amenazantes. Se han enfocado en dos tipos básicos de aprendizaje: **condicionamiento clásico** y **condicionamiento operante**. La influencia inicial del conductismo en la psicología fue minimizar el estudio introspectivo de los procesos mentales, las emociones y los sentimientos, sustituyéndolo por el estudio objetivo de los comportamientos de los individuos en relación con el medio, mediante métodos experimentales. Este nuevo enfoque sugería un modo de relacionar las investigaciones animales y humanas y de reconciliar la psicología con las demás ciencias naturales, como la física, la química o la biología. El conductismo actual ha influido en la psicología de tres maneras: ha reemplazado la concepción mecánica de la relación estímulo-respuesta por otra más funcional que hace hincapié en el significado de las condiciones estimulares para el individuo; ha introducido el empleo del método experimental para el estudio de los casos individuales; y ha demostrado que los conceptos y los principios conductistas son útiles para ayudar a resolver problemas prácticos en diversas áreas de la psicología aplicada.

Construccionismo. Aparece como respuesta o alternativa frente a la crisis de la psicología social. No ha elaborado hasta ahora una propuesta teórica sino una propuesta metateórica. Ibañez (1989), recoge la esencia de la propuesta de una psicología social construccionista: 1) El reconocimiento de la naturaleza simbólica de la realidad social: ello implica que el adjetivo social no puede ser desvinculado del lenguaje y de la cultura. Lo social no se ubica ni fuera ni dentro de las personas sino entre las personas y 2) El reconocimiento de la naturaleza histórica de la realidad social: lo que las prácticas sociales son en un momento dado es indisociable de la historia de su producción, por otra parte, la propia historicidad de la realidad le asigna un carácter procesual por lo que no se puede separar proceso y producto. Seguir estos principios implica aceptar el carácter construido, constituyente, procesual tanto de la realidad social como de los conocimientos que acerca de ella se elaboran.

Enfoque biológico. Modelo que parte de un esquema explicativo como enfermedad que ve en lo orgánico su etiología, y en tratamientos biológicos y farmacológicos la posible solución. Conceptualiza y trata la enfermedad mental como similar a las enfermedades orgánicas, considerando que ésta se manifiesta a través de sintomatología específica y su etiología es orgánica. Asume que el comportamiento del sujeto es una manifestación de alteraciones orgánicas, por lo cual el tratamiento debe basarse en los mismos criterios de las enfermedades orgánicas: eliminar la causa fundamental (orgánica).

Enfoque del procesamiento de la información. Enfoque que depende del análisis de los procesos mentales subyacentes al comportamiento inteligente para entender el desarrollo cognitivo. Se examinan procesos como la percepción, la atención, la memoria y la resolución

de problemas. Concibe al sujeto como manipulador activo de símbolos y presta atención a los procesos a través de los cuales se usan dichos símbolos y se transforma la información. Su objetivo radica en descubrir qué hacen los infantes, los niños y los adultos con la información desde el momento en que la perciben hasta que la utilizan; se centra en las diferencias individuales con respecto a la inteligencia; y hace énfasis en la descripción de los procesos que atraviesan las personas en la adquisición de información o en la resolución de problemas. Este enfoque plantea que, entre más familiarizada esté la persona con la información, más fácil le será recordarla, y plantea que los niños más grandes recuerdan mejor porque se encuentran más motivados para dominar sus habilidades –con respecto a la memoria-, y por la manera en que abordan tareas específicas. Otros aspectos que según este enfoque influyen en la memoria y el recuerdo son: el hecho de involucrarse en actividades (hecho que facilita el recuerdo, pues la persona participa activamente), y la interacción social (la manera en que otras personas hablan sobre un evento o cosa influye en qué tan bien se recuerda). Al igual que la teoría piagetiana, concibe a las personas como activas, pero no plantea la existencia de etapas de desarrollo, e ignora aspectos del desarrollo como la creatividad, la motivación y las relaciones sociales. Las técnicas de procesamiento de la información proveen una manera de evaluar la inteligencia y de recolectar información sobre el desarrollo de la memoria (V. *Memoria*).

Escuela soviética. Escuela que se desarrolló bajo la orientación de los principios psicológicos del materialismo dialéctico. Sus principales representantes, Vigotsky, Luria, Leontiev, entre otros, asumen una concepción dialéctica de la relación entre aprendizaje y desarrollo. Para la psicología soviética el aprendizaje está en función de la comunicación y del desarrollo. Del mismo modo, este último no es un simple despliegue de caracteres preformados en la estructura biológica de los genes, sino el resultado del intercambio entre la información genética y el contacto experimental con las circunstancias reales de un modo históricamente constituido. Esta escuela concede una importancia fundamental al desarrollo del lenguaje, puesto que la palabra es el instrumento más rico para transmitir la experiencia histórica de la humanidad. Considera también que la actividad del individuo es el motor fundamental del desarrollo, entendida la primera como la participación en procesos, generalmente grupales, de búsqueda cooperativa, de intercambio de ideas y representaciones y de ayuda en el aprendizaje, en la adquisición de la riqueza de la humanidad.

Fenomenología. Corriente epistemológica nacida dentro del ámbito filosófico del cambio de siglo, la fenomenología de Husserl planteó la posibilidad de acceder a la conciencia mediante la investigación directa y la descripción fiel libre de teorías. La descripción de los objetos de la experiencia, su reducción a componentes y su aplicación a la esfera de la acción por los existencialistas fueron importantes legados de esta corriente. El término fenomenología trascendió escuelas para identificarse simplemente como la descripción sistemática de la experiencia y, en el transcurso del siglo, su método fue retomado por varios sistemas de filosofía, psicología y psiquiatría, con lo que se constituyó un cuerpo de postulados sobre la conciencia que son del mayor interés para formular modelos.

Interaccionismo simbólico. Escuela de pensamiento psicológico-social basada en que la condición humana deriva del efecto que ejercen unas personas sobre otras. Según esta escuela, los seres humanos son agentes activos que, en el

curso de la interacción social, plasman en forma directa, consciente y deliberada su historia personal y la del mundo que los rodea. Destaca el papel que cumplen el lenguaje y los gestos y ademanes en la formación de la mente, el sí-mismo y la sociedad. Los interaccionistas simbólicos estudian las relaciones entre individuos en situaciones concretas y consideran que la conducta social no se puede predecir, ya que en la interacción humana no existen determinismos sociológicos ni psicológicos. La conducta social sólo puede ser entendida dentro del contexto de la estructura social en la cual toma lugar. Con el tiempo este enfoque evoluciona y dar lugar a un interaccionismo simbólico estructural.

Interaccionismo simbólico estructural. Este enfoque propone desarrollar una línea de pensamiento sensible al impacto de la organización social sobre el yo, combinando el énfasis de la teoría de los roles con el del interaccionismo simbólico. Kuhn define el *sí mismo* como una estructura en la cual se integran los diferentes estatus y roles del individuo y no como un proceso. Lo que distingue el enfoque de esta perspectiva respecto a las anteriores es que para éste lo social es algo que se construye y no sólo un calificativo de una conducta o de un estímulo; prefiere el estudio de la identidad y los roles, y su postura metodológica se fundamenta más en la observación que en la experimentación.

Interaccionismo simbólico procesual. Los antecedentes de esta corriente se encuentran en el conductismo, en el evolucionismo y el pragmatismo. El significado de los objetos, el desarrollo del sí mismo social como una función más bien del aprendizaje social que de los instintos, la actividad mental como procesual los seres humanos como seres activos, el rol activo del organismo en el moldeamiento de su ambiente, el cambio societal a través de los esfuerzos humanos y un énfasis sobre las situaciones cotidianas, fueron los principios fundamentales de esta teoría. Cooley, consideraba que la naturaleza humana no es innata, sino que se determina en al interacción social y se expresa a través del *sí mismo*. Blumer (1937), define los principios básicos de esta corriente como: 1) Los objetos sociales no tienen un significado inherente, sino que es el individuo en la interacción con otros quien le asigna un significado particular; 2) La conducta del individuo es función del significado que éste le atribuye a los objetos; y 3) El individuo es un ser humano que construye la realidad en la cual vive. Los interaccionistas consideran que la conducta no se puede predecir, que los conceptos mediadores (creencias, valores, actitudes), no son lo que en última instancia determinan la acción del hombre, que los roles no están definidos de una manera estática ya que la persona los redefine en cada situación.

Medicina comportamental. Campo interdisciplinario interesado por el desarrollo de la ciencia, el conocimiento y las técnicas comportamentales y biomédicas relevantes a la comprensión de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y técnicas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Como enfoque interdisciplinario, se fundamenta en el conocimiento y destrezas de una variedad de investigadores y practicantes, incluyendo psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeras y trabajadores sociales, quienes en forma conjunta llevan a cabo un análisis y tratamiento de los comportamientos relacionados con la salud. La medicina comportamental no está restringida a un grupo de técnicas de o principios particulares para la modificación del comportamiento. En cambio, trabaja con una variedad de procedimientos con los que se busca alterar hábitos de vida inadecuados, estados de malestar psicológico, y procesos fisiológicos disfuncionales, de manera que se logre un

impacto beneficioso en la condición física de una persona.

Modelo mediacional. Concibe al ser humano como un procesador activo de la experiencia más que como un compuesto vacío de enlaces estímulo-respuesta, que no responde a un mundo real sino a la percepción que tiene de él. Se basa en la noción de procesamiento de información, reconociendo tres procesos básicos: la adquisición, el almacenamiento y la utilización de la información, lo cual tiene dos implicaciones importantes: el reconocimiento de que el uso de la información es básico para el aprendizaje y que existen procesos activos en él. Propone que las respuestas del organismo a su medio se ven influidas por su propio procesamiento de la información es decir, el modo en el que el organismo media la estimulación.

Neuropsicología. Rama de las neurociencias que centra su estudio en la relación del cerebro y la conducta humana; describe las alteraciones que se pueden dar en las funciones intelectuales previamente adquiridas, a causa de un daño cerebral, ya sea en su función o en su estructura. Evalúa las diferentes funciones cerebrales mediante entrevistas y aplicación de pruebas especificas para definir la integridad o no de las diferentes capacidades cognoscitivas. Las funciones que evalúa son: nivel de conciencia (estado despierto del paciente), atención-concentración, memoria, lenguaje, praxias (capacidad de realizar de manera voluntaria, series de movimientos o programas motores simples y complejos previamente aprendidos), gnosias (funciones que identifican y reconocen objetos a través de los diferentes sentidos), cálculo (realización de funciones aritméticas previamente conocidas), juicio (habilidad para analizar situaciones y resolución de problemas), abstracción (nivel del pensamiento y la capacidad para pasar de lo general a lo particular), personalidad y conducta.

Paradigma sistémico. Los rasgos más importantes del paradigma sistémico, según interesa a los terapeutas, son los siguientes: 1) Parte y todo: ni la parte individual ni el contenido aislado merecen atención inicial, sino el sistema más vasto (que en sí mismo es mas grande, y es diferente de la mera suma de sus partes) y el proceso transaccional que ocurre en su interior. Este sistema es el contexto ambiental en que las partes funcionan y los contenidos particulares ocurren; 2) Información, error y realimentación: los sistemas vivos tienen lazos de realimentación comunicacionales que producen información sobre las actividades del sistema. Esta información consiste en señales de "error" que dicen a una subunidad si su conducta es o no es conciliable con el diseño global de vida del sistema total; 3) Retroalimentación y homeostasis: en caso de que la información señale una diferencia respecto de una línea de base del diseño global, pueden ocurrir conductas reductoras de desviación. Estas inducen constancia homeostática en el sistema, un estado constante de existencia que es indispensable para la vida; 4) Retroalimentación y crecimiento: si la información señala una diferencia respecto de una línea de base del diseño global, pueden ocurrir conductas amplificadoras de desviación. Estas inducen cambio y diversidad en el sistema, un estado fluctuante de existencia que es indispensable para la vida; 5) Vida y tensión: la alternancia continua entre periodos de crecimiento y periodos de estabilidad (de morfogénesis con morfoestasis) constituye la tensión dinámica de la vida; 6) Circularidad: causa y efecto se consideran ahora circulares, no lineales; 7) Cambio: para producir un cambio en el sistema total así como en lo individual se tiene que intervenir en el todo tanto como en las partes. Tanto las partes como el todo tienen que cambiar guardando entre sí conjunción, aunque no siempre es preciso que lo hagan simultáneamente.

Perspectiva humanista. La Asociación de Psicología Humanista fue fundada en 1962 por un grupo de psicólogos, como protesta hacia lo que consideraban creencias esencialmente negativas que subyacían a las teorías comportamental y psicoanalítica. Sostenían que la naturaleza humana es neutral, o buena, y que cualquier característica negativa es el resultado del daño que le ha sido inflingido al *yo* en desarrollo. Al igual que la perspectiva cognitiva, la perspectiva humanista considera que las personas están en capacidad de tomar cuenta de sus vidas y sostener su propio desarrollo. Hace énfasis en el potencial para un desarrollo positivo y saludable, y en las capacidades humanas para la escogencia, la creatividad y la auto-realización. Este enfoque no distingue etapas del ciclo vital, sino que hace una amplia distinción sólo entre periodos antes y después de la adolescencia. Uno de sus exponentes principales fue Abraham Maslow, quién identificó una jerarquía de necesidades que motivan el comportamiento humano. Según Maslow, sólo cuando las personas han satisfecho las necesidades más básicas, es cuando pueden esforzarse por satisfacer necesidades superiores. La primera necesidad es la sobrevivencia fisiológica: hambre, sed, sueño, etc. En un segundo nivel está la necesidad de sentirse seguro, protegido y fuera de peligro. En el tercer nivel se encuentran las necesidades de amor y pertenencia: asociarse con otros, ser aceptado, y pertenecer. Luego vienen las necesidades de estima: obtener logros, ser competente, y ganar aprobación y reconocimiento. En el quinto y último nivel están las necesidades de autorrealización o total realización del potencial propio. Lo ideal para Maslow es una persona auto-realizada, que muestre las siguientes características: percepción de la realidad; aceptación de sí misma, de los otros y de la naturaleza; espontaneidad; habilidad para resolver los problemas; auto-dirección; desapego y deseo de privacidad; riqueza de reacciones emocionales; identificación con otros seres humanos; relaciones satisfactorias y cambiantes con otras personas; creatividad, entre otras. Para Maslow, muy pocas personas logran este elevado ideal. Nadie se encuentra totalmente auto-realizado; una persona saludable siempre se está moviendo hacia niveles superiores y más satisfactorios.

Perspectiva del aprendizaje. Perspectiva que se interesa por el comportamiento que puede ser observado. Procura estudiar el comportamiento objetiva y científicamente. Los teóricos de esta perspectiva ven el desarrollo como cuantitativo (cambios en la cantidad más que en el tipo) y continuo (más que ocurrir en etapas). Así, se predicen comportamientos posteriores a partir de comportamientos previos. Los teóricos del aprendizaje han desarrollado leyes de comportamiento que se aplican a las personas de todas las edades. Las teorías más importantes dentro de esta perspectiva son el behaviorismo o conductismo, y la teoría del aprendizaje social.

Psicoanálisis. Corriente creada por Sigmund Freud como respuesta a los interrogantes que le planteaban sus pacientes histéricas a las que supo escuchar. En los orígenes del psicoanálisis están instaladas la escucha y la palabra, el diálogo y el encuentro interpersonal; su efecto terapéutico está ligado a un develamiento de algo que está dentro del paciente y que el analista debe ayudar a poner de manifiesto. Se preocupa por la génesis de los síntomas patológicos y de las conexiones de la idea patógena que se propone hacer desaparecer. El psicoanálisis crea las condiciones que permiten que el conflicto inconsciente que es patrimonio del paciente, su neurosis infantil, se trasponga en una neurosis de transferencia dentro del encuadre que ofrece y contribuye a crear. Desde sus inicios, el psicoanálisis ha centrado su atención en el síntoma

psicógeno y establece que al síntoma subyace un argumento. El trabajo del analista es poner en evidencia lo latente; el lenguaje trunco que el síntoma expresa, debe ser traducido a un lenguaje más completo que permita rescatar los fragmentos de historia vivida aprisionados en el inconsciente y malamente expresados en el síntoma. / Método específico para investigar los procesos mentales inconscientes; enfoque de la psicoterapia. El término se refiere también a la estructuración sistemática de la teoría psicoanalítica, basada en la relación entre los procesos mentales conscientes e inconscientes.

Psicofísica. Sector de la psicología experimental que se ocupa de medir las sensaciones. Mediante el uso de procedimiento adecuados, los psicólogos han establecido correspondencias muy estables entre el valor del estímulo externo y las respuestas del individuo, llegándose así a enunciar leyes psicofísicas que, en cierta forma, son un ejemplo excepcional dentro de la psicología, donde no abundan las leyes objetivas. El mérito de haber iniciado estos estudios corresponde principalmente a la escuela alemana del siglo pasado: Weber, Fechner, Helmholtz y Wundt, entre otros.

Psicofisiología. Tendencia de la psicología experimental que considera las funciones psíquicas desde el punto de vista fisiológico. Se centra en los sistemas nerviosos y químicos del organismo, estudiando cómo influyen en el pensamiento y en la conducta. Permite comprender el entendimiento entre el cerebro y el cuerpo humano, usando procesos cognitivos como mecanismos para identificar la relación entre estas dos partes. En general, casi todas las actividades del cuerpo humano pueden ser analizadas mediante la psicofisiología. Para captar datos psicofisiológicos se usa toda una serie de equipos como la Electroencefalografía (EEG), la Electromiografía (EMG), el Electrocardiograma (ECG) o la Actividad Electrodérmica (AED). Hay otros más complejos como la Actividad de Potenciales de Eventos Relacionados (PER), la Tomografía por Emisión de Positrones (TEP), la Representación funcional por Resonancia Magnética (RfRM), la Imagen Óptica (IO) o la Magnetoencefalografía (MEG). La introducción de sistemas informáticos y de nuevas tecnologías en la psicofisiología permitió que hoy sea posible analizar actividades cerebrales que hasta hace poco tiempo eran consideradas inmensurables como por ejemplo 'ver' lo que el cerebro hace cuando se aprende o ejecuta un movimiento. Otras técnicas menos usadas en la psicofisiología son la Pupilametría, que como su nombre lo indica mide el diámetro de la pupila con relación a ciertos comportamientos cognitivos como la atención, y la Pletismografía, que mide la abundancia / volumen de la circulación de la sangre en ciertas partes del cuerpo. La psicofisiología ha sido usada en los más variados campos y áreas, entre otras: identificación y manejo de desórdenes de ansiedad; estudio y corrección de estados emocionales; en los problemas del sueño; en el proceso de envejecimiento con el análisis de aspectos como el aumento de la presión sanguínea y de la resistencia del sistema vascular; en la mitigación del dolor crónico, el asma y la jaqueca; en la rehabilitación de traumas físicos, incontinencias y accidentes vasculares cerebrales.

Psicología ambiental. Parte de la psicología aplicada que estudia los efectos producidos por el hombre sobre el ambiente y viceversa. La psicología ambiental tiene como punto de interés aspectos de la interacción entre el comportamiento humano y su ambiente, considerando tanto el ambiente construido como el ambiente natural. El efecto del ambiente sobre el comportamiento humano no es analizado de forma aislada o unidireccional, sino que se considera el contex-

to en que éste ocurre. El estudio de la interrelación entre ambiente e individuo generalmente exige un trabajo cooperativo entre especialistas de diversas áreas del conocimiento. Dependiendo del tema, se puede trabajar conjuntamente con ingenieros, biólogos, planeadores urbanos, pedagogos, paisajistas, médicos, antropólogos, etc. En el contexto de la psicología ambiental, todo trabajo es orientado hacia un problema o busca ayudar en la resolución de algo práctico. El modelo utilizado frecuentemente es el de la investigación-acción, en el cual el psicólogo intenta contribuir, al mismo tiempo, a la teoría y a la práctica. En esta corriente, la participación, evaluación y percepción de los usuarios en los ambientes es siempre considerada como base para el análisis, y la relación de las personas con su ambiente es fundamental para entender parte de los comportamientos humanos.

Psicología clínica. Rama de la psicología que versa sobre el estudio, diagnóstico y tratamiento del comportamiento anormal. / Campo que dirige el estudio, diagnóstico o tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal. Se dedica al bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento. El campo de acción de la psicología social es bastante amplio y abarca desde pequeños desajustes en la relación del individuo con su medio (neurosis, fobias, timidez, etc.), hasta patologías (p.e. esquizofrenia) que desestructuran casi por completo la personalidad del sujeto y cuyo tratamiento presenta muchas dificultades. El psicólogo clínico está en capacidad de evaluar a las personas con problemáticas conductuales, emocionales y mentales diversas, administrar pruebas psicológicas, diseñar programas de rehabilitación para enfermos psiquiátricos, y planificar y ejecutar programas de terapia, entre otras.

Psicología cognitiva. Estudia las estructuras y procesos psicológicos comprometidos en nuestro conocimiento del mundo y de nosotros mismos. Para muchos, la psicología cognitiva es una epistemología experimental, porque investiga estructuras y procesos que intervienen en la construcción de conocimientos. Los cinco grandes temas de la psicología cognitiva son, por ello, la percepción, la memoria, el lenguaje, el pensamiento y el aprendizaje. La psicología cognitiva es reciente, surgiendo después del conductismo y del psicoanálisis, aunque la principal batalla que tuvo que librar fue contra el conductismo. Esta perspectiva teórica ve a las personas como seres vivientes y en desarrollo con sus propios patrones de desarrollo. Se interesa por el desarrollo de los procesos de pensamiento. Tiene dos características principales: primero, ve a las personas como activas, no reactivas. Segundo, hace énfasis en los cambios cualitativos –cambios en la manera como las personas piensan en las diferentes edades-. Se interesa también en la manera en que los cambios comportamentales reflejan los cambios en el pensamiento. Desde la infancia todas las personas son autores activos que construyen su mundo.

Psicología comparada. Disciplina psicobiológica que estudia las similitudes y diferencias que manifiestan en su comportamiento especies de organismos que contrastan entre sí.

Psicología comunitaria o Psicología social comunitaria. Es la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social. De este marco se deriva que las características de la Psicología Comunitaria son: se ocupa de fenómenos psicosociales pro-

ducidos en relación con procesos de carácter comunitario, tomando el contexto cultural y social en el cual surgen; concibe a la comunidad como ente dinámico compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados constructores de la realidad en que viven; hace énfasis en la fortalezas y capacidades, no en las carencias y debilidades; toma en cuenta la relatividad cultural; incluye la diversidad; asume las relaciones entre las personas y el medio ambiente en que viven; tiene una orientación hacia el cambio social dirigido al desarrollo comunitario; busca que la comunidad tenga poder y control sobre los procesos que la afectan; tiene una condición política en tanto supone formación de ciudadanía y fortalecimiento de la sociedad civil; la acción comunitaria fomenta la participación y se da mediante ésta; es ciencia aplicada pues produce intervenciones sociales; por su carácter científico, produce reflexión, crítica y teoría.

Psicología criminal. Es la última disciplina penal fundamental contemplada desde el plano causal explicativo y que se ocupa concretamente de delincuentes. Se constituye como el instrumento más eficaz de la antropología criminal, ya que se encarga de estudiar la psique del hombre delincuente, determinando los desarrollos o procesos de índole psicológica verificados en su mente. Cabe resaltar que en la actualidad, la Psicología criminal ha rebasado en mucho él limite de la observación individual del sujeto antisocial, extendiéndose hacia estudios de la conducta criminal y de los factores psicológicos que influyen en la criminalidad, sean estos individuales o colectivos. Enrico Ferri reconocía cuatro ramas científicas para la observación psicológica de la personalidad: la psicología criminal, la psicología judicial, la psicología carcelaria y la psicología legal. Otro autor destacable es Hilda Marchiori, que opinaba que la Psicología criminal trata de conocer qué es lo que induce a un sujeto a delinquir, qué significado tiene esa conducta para él, y por qué la idea de castigo no lo atemoriza y le hace renunciar a sus conductas criminales. Los temas de estudio mas importantes con respecto a la Psicología criminal son: la teoría de la personalidad, el crimen como un proceso psicológico, las emociones y pasiones criminales, los temperamentos, la caracterología criminológica, las motivaciones psicológicas del crimen, el desarrollo de la personalidad y los factores psicológicos de algunas conductas antisociales o parasociales (homicidio, robo, fraude, violación, prostitución, suicidio, etc.). La Psicología criminal se encarga entonces del estudio de las aptitudes, los procesos mentales, la personalidad, la motivación (consciente o subconsciente) del criminal y de su crimen, llegando a abordar lo más pertinente de la psicología del individuo, pasando por la psicología de los grupos sociales o antisociales.

Psicología de la Gestalt. Escuela psicológica que intenta examinar los fenómenos psicológicos como formas enteras estructuradas, en lugar de analizar sus componentes como unidades separadas en la práctica. Plantea que la percepción se basa en la tendencia del hombre a ver patrones, a distinguir los objetos contra el fondo y a completar las imágenes a partir de unas cuantas señales. Por su hincapié en el todo, se distingue radicalmente del estructuralismo. El núcleo de la psicología de la Gestalt gira en torno a la siguiente afirmación: la percepción humana no es la suma de los datos sensoriales, sino que pasa por un proceso de reestructuración que configura a partir de esa información una forma, una gestalt, que se destruye cuando se intenta analizar, y esta experiencia es el problema central de la psicología. La Gestalt invita a volver a la percepción ingenua, a la experiencia inmediata, no viciada por el aprendizaje, y comprobar ahí que no percibimos conjuntos de elementos,

sino unidades de sentido estructuradas, formas. El todo es más que la suma de sus partes. La conciencia abarca mucho más que el ámbito de la conducta. Se identifican dos nociones claves en este enfoque teórico: 1) Que los fenómenos psicológicos ocurren en un campo cuyos elementos son interdependientes, y 2) Que ciertos estados del campo son más simples y ordenados que otros y que intentamos lograr un estado del campo tan bueno como las condiciones lo permiten. A pesar de que el núcleo de la gestalt gira en torno a la percepción, su alcance pronto se extendió a otras áreas de la psicología, enfatizando en el análisis dinámico y la relación de los elementos en su estructura total, desde la idea de que "el todo es mayor que la suma de sus partes.

Psicología de la salud. Disciplina o campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar. Dos de los objetivos básicos de la psicología de la salud son: la promoción de la salud y la prevención y tratamiento de la enfermedad. A partir de esto, se busca identificar qué factores dependen y cuáles son los procesos involucrados en los comportamientos de riesgo y prevención, y de qué factores dependen cuáles son los procesos involucrados en los comportamientos que incrementan, disminuyen o mantienen la salud y la enfermedad, con sus connotaciones de calidad de vid, bienestar, felicidad, dolor y sufrimiento.

Psicología del deporte y de la actividad física. Estudio científico de los factores psicológicos que están asociados con la participación y el rendimiento en el deporte, el ejercicio y otros tipos de actividad física. Los profesionales de la psicología del deporte se interesan por dos objetivos principales: ayudar a los deportistas a utilizar principios psicológicos para mejorar su rendimiento, y comprender cómo la participación en el deporte, ejercicio y actividad física afectan al desarrollo psicológico del individuo, su salud y bienestar a lo largo de su ciclo vital. En otro sentido, la Psicología de la Actividad Física estudia también el comportamiento de las personas en relación con el ejercicio u otras formas de actividad física. En general, por tanto, la Psicología de la Actividad Física y del Deporte se encarga de estudiar los aspectos psicológicos durante la actividad física, sea esta orientada al rendimiento o no.

Psicología del desarrollo. Estudio científico de cómo cambian las personas y como permanecen algunos aspectos con el correr del tiempo. Dichos cambios pueden ser de dos maneras: cuantitativos (variación en el número o la cantidad de algo, como la estatura y el peso) y cualitativos (se presenta en el carácter, la estructura o la organización, como la naturaleza de la inteligencia de una persona, entre otros.). / Estudio de los cambios y continuidad de la conducta desde la infancia a la edad adulta. La psicología del desarrollo presta especial atención a la psicología infantil, así como a la personalidad desviada, su formación y variaciones. Área importante de la psicología, supone el estudio sistemático de las personas en cada etapa de su desarrollo a través del ciclo vital. La psicología del desarrollo parte de la consideración de que el desarrollo humano y la conducta a lo largo de todo el ciclo vital están en función de la interacción entre factores biológicamente determinados, físicos y emocionales -como la estatura o el temperamento-, e influencias ambientales -familia, escuela, religión o cultura.

Psicología dinámica. Es el estudio de lo inconsciente; el estudio del interjuego funcional que existe entre nuestras motivaciones conscientes y los impulsos y deseos inconscientes. Su base es el psicoanálisis, tal como lo concibieron Freud y sus discípulos. La dinámica intenta establecer una correlación estructurada entre lo que habitualmente consideramos racional, y las fuerzas oscuras de nuestro propio interior, que prestamente denominamos "irracionalidad".

Psicología educativa. Rama de la psicología cuyo objetivo de trabajo es la reflexión e intervención sobre el comportamiento humano en situaciones educativas, mediante el desarrollo de las capacidades de las personas, grupos e instituciones. Se entiende el término educativo en el sentido más amplio de formación y desarrollo personal y colectivo. El psicólogo de la educación desarrolla su actividad profesional principalmente en el marco de los sistemas sociales dedicados a la educación en todos sus diversos niveles y modalidades; tanto en los sistemas reglados, no reglados, formales e informales, y durante todo el ciclo vital de la persona. Así mismo, interviene en todos los procesos psicológicos que afectan al aprendizaje, o que de este se derivan, independientemente de su origen personal, grupal, social, de salud etc., responsabilizándose de las implicaciones educativas de su intervención profesional y coordinándose, si procede, con otros profesionales.

Psicología experimental. Aplicación de técnicas de laboratorio, semejantes a las de las ciencias naturales, para el estudio del comportamiento y los fenómenos psíquicos, entre los que se incluyen elementos de estudio tradicionales de la psicología como la percepción, la memoria, el pensamiento, el aprendizaje y la resolución de problemas.

Psicología forense. Estudio de los límites biológicos, mesológicos y legales de la responsabilidad penal y de la capacidad civil. / Ciencia que estudia la relación que existe entre el todo legal y el campo de las psicologías. Abarca las áreas legal (peritajes) e institucional (minoridad y cárceles). Más concretamente, abarca las áreas civil, penal y laboral. Las funciones del psicólogo forense en el ejercicio de su rol profesional incluyen funciones como evaluación y diagnóstico, en relación con las condiciones psicológicas de los actores jurídicos; asesoría u orientación como experto a los órganos judiciales en cuestiones propias de su disciplina; intervención a través del diseño de programas para la prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los actores jurídicos tanto en la comunidad como en el medio penitenciario, como en el ámbito individual y colectivo; formación y educación a través del entrenamiento y la selección de profesionales del sistema legal (jueces y fiscales, policías, abogados, personal de penitenciarias, etc.); campañas de prevención social ante la criminalidad y medios de comunicación; investigar y contribuir a mejorar la situación de la víctima y su interacción con el sistema legal; y propiciar soluciones negociadas a los conflictos jurídicos a través de una intervención mediadora que contribuya a paliar y prevenir el daño emocional y social. El psicólogo forense utiliza en su trabajo técnicas de evaluación psicológica, procurando desarrollar instrumentos de evaluación adecuados al contexto de aplicación.

Psicología humanista. Corriente de la Psicología y de la Psicoterapia; filosofía de la vida que sitúa al hombre, la humanidad, la naturaleza y el universo como un todo armónico, coherente y perfecto. Tuvo su origen en los años `40 y asume una visión integradora de las distintas áreas (intelectual, emocional, corporal y espiritual), concibiendo a la persona como una totalidad en la que se interrelacionan factores físicos, emocionales,

ideológicos o espirituales formando el ser real, no una suma de partes. La psicología humanista ve un ser completo y tiene en cuenta cada aspecto y su influencia en el resto. Considera al hombre como dotado de todas las potencialidades necesarias para su completo desarrollo; su trabajo con el síntoma no consiste en eliminarlo sino en escucharlo para comprender su significado y mensaje más profundo; no caracteriza a las personas como enfermas o sanas, pues considera que todas las personas sufren una u otra vez crisis de crecimiento, situaciones de emergencia espiritual o de choque que desestabilizan su equilibrio y que requieren ser abordadas para alcanzar una vida mas feliz.

Psicología infantil. Rama de la psicología que estudia el comportamiento de los niños desde el nacimiento hasta la adolescencia, incluyendo sus características físicas, cognitivas, motoras, lingüísticas, perceptivas, sociales y emocionales. Los psicólogos infantiles intentan explicar las semejanzas y las diferencias entre los niños, así como su comportamiento y desarrollo, tanto normales como anormales. También desarrollan métodos para tratar problemas sociales, emocionales y de aprendizaje, aplicando terapias en consultas privadas y en escuelas, hospitales y otras instituciones. Las dos cuestiones críticas para los psicólogos infantiles son: determinar cómo las variables ambientales (p.e. el comportamiento de los padres) y las características biológicas (p.e. predisposiciones genéticas) interactúan e influyen en el comportamiento; y entender cómo los distintos cambios en el comportamiento se interrelacionan.

Psicología jurídica. Especialidad que desenvuelve un amplio y específico ámbito entre las relaciones del mundo del Derecho y la Psicología tanto en su vertiente teórica, explicativa y de investigación, como en la aplicación, evaluación y tratamiento. Comprende el estudio, explicación, promoción, evaluación, prevención y en su caso, asesoramiento y/o tratamiento de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el comportamiento legal de las personas, mediante la utilización de métodos propios de la psicología científica y cubriendo por lo tanto distintos ámbitos y niveles de estudio e intervención: Psicología aplicada a los Tribunales, Psicología Penitenciaria, Psicología de la Delincuencia, Psicología Judicial (testimonio, jurado), Psicología Policial y de las Fuerzas Armadas, Victimología y Mediación.

Psicología organizacional. Las teorías de la organización, como cualquier otra teoría, nacen de momentos históricos precisos. En el caso de las teorías organizacionales es posible decir que surgen a partir de una determinada concepción de individuo o de subjetividad, así como de una determinada etapa del proceso productivo, comprendido en sus aspectos más amplios (relaciones de trabajo, estructuración de las empresas, mercado de consumidores y de trabajadores, etc.). En este sentido, se hacen y rehacen elaboraciones teóricas teniendo en cuenta no sólo la pertinencia meramente epistemológica, sino también fuertes condicionamientos prácticos y/o pragmáticos, los cuales configuran el espectro de actuación de tales teorías. La psicología organizacional, antes entendida como psicología industrial, evoluciona de forma simultánea con las nociones centrales del cuerpo de creencias del saber psicológico, tales como la propia idea de subjetividad. En etapas temporales, se pueden destacar las teorías llamadas "fusionales", nacidas en la Escuela de Relaciones Humanas, cuya meta era integrar el lado humano del trabajador en la cadena productiva. La Psicología Organizacional es entonces la ciencia de la psicología aplicada a los problemas humanos relacionados con el trabajo. Los psicólogos organiza-

cionales contribuyen a facilitar las respuestas a las cuestiones y a los problemas que implican a las personas en el trabajo, funcionando simultáneamente como consejeros y catalizadores. Los psicólogos trabajan en, o con las organizaciones, principalmente en las áreas de selección, capacitación, integración y reinserción profesional, desarrollo y formación, evaluación organizacional, comportamiento del consumidor, ergonomía, y en la identificación y análisis de las funciones, tareas y ocupaciones, organizando y aplicando tests y pruebas, realizando entrevistas y sondeos sobre aptitudes y de capacidad profesional, y en el acompañamiento y evaluación del desempeño laboral, para asegurar a las empresas la adquisición de personal dotado de las habilidades necesarias, y al individuo mayor satisfacción con su trabajo, con sus compañeros y con la empresa.

Psicología social. Consiste en el desarrollo sistemático de la pregunta por el sujeto y se plantea el análisis de las relaciones entre estructura social y configuración del psiquismo, lo que implica focalizar como unidad de indagación la dialéctica entre sujetos, e investigar en su estructura y función las distintas unidades interaccionales que operan como mediaciones entre las relaciones sociales fundantes del psiquismo y la subjetividad. El objeto de la psicología social es establecer cómo cada sujeto se adapta a las normas colectivas, cómo se integra en los medios que los rodean, qué rol desempeña allí, qué representación se forma él de tal rol y qué influencia eventual ejerce en el mismo. Según Rubio, la psicología social es un estilo peculiar de acercarse a los fenómenos sociales y que en el transcurso de su historia se han vertido diversos modelos teóricos y aproximaciones metodológicas. Opina que esta disciplina es una forma de analizar la conducta humana y para determinar los aspectos claves de este modo de análisis es necesario examinar el proceso histórico que da lugar a la configuración de esta modalidad de conocimiento. Fundamentalmente el psicólogo social centra su interés en aquellos fenómenos basados en la existencia de una continua y mutua influencia y relación entre individuo y sociedad, es decir, la lógica que guía los fenómenos de que se ocupa y la manera de encararlos teórica y metodológicamente es la interdependencia. Para dar cuenta de esta interdependencia es necesario tener en cuenta tres elementos fundamentales: 1) La estructura social en la que tiene lugar la interacción; 2) Los nexos que mediatizan la influencia de la estructura social sobre la interacción; y 3) Los procesos psicológicos por medio de los cuales, los determinantes sociales influyen en las personas individuales, que en definitiva son las que hacen posible la interacción. La influencia decisiva sobre la psicología social la tuvieron tres autores: George H. Mead, Floyd Allport y Kurt Lewin, sobre la adaptación de posturas teóricas metodológicas.

Psicología social comunitaria. *V. Psicología comunitaria*.

Psicología transpersonal. Corriente que suele englobar a una serie de pensadores y psicólogos que habiendo desarrollado diferentes estilos terapéuticos tienen en común la aceptación de la espiritualidad del ser humano. La psicología transpersonal considera que la psique es multidimensional. Existen diversos niveles de conciencia y cada uno tiene diferentes características y se rige por distintas leyes. Para la visión transpersonal, los desarrollos de Freud han sido de fundamental valía en el desarrollo de la ciencia psicológica al incluir la idea del inconsciente en una disciplina que se encontraba atada al racionalismo positivista. Indudablemente, el psicoanálisis abrió las posibilidades de comprensión de la psique humana. La psicología transpersonal promueve otra

apertura incluyendo la dimensión espiritual del ser humano. Muchos consideran a Jung como el primer psicólogo transpersonal, por su estudio de los arquetipos, su ampliación del concepto de libido y la resistencia a reducir al hombre a su sexualidad. La psicología transpersonal es una cuestión de contexto. Esta corriente considera que el psiquismo se manifiesta en diferentes niveles de conciencia. En este contexto, la terapia trabaja según el nivel de conciencia en que se encuentre el paciente conservando la conciencia del espectro total de la existencia. El psicólogo transpersonal detecta el nivel de conciencia del paciente y lo ayuda a superar los conflictos propios de ese nivel, estando alerta y dispuesto a seguir al paciente hacia nuevos niveles experienciales a medida que se van presentando.

Psicometría. Disciplina implicada directamente en la medición psicológica, que permite justificar y obtener medidas de variables psicológicas. Tiene una doble vertiente: teórica (supone la fundamentación teórica de la medida) y práctica (supone la construcción, evaluación y aplicación de instrumentos de medida para evaluar o medir las características psicológicas de interés). En esta última fase del proceso se cubren las etapas de delimitación y operativización de la variable psicológica que se desea medir; confección de los ítems; determinación del valor escalar de los ítems; y confección de la prueba. Una vez completada la fase de construcción se pasa a la de la evaluación del instrumento construido para, finalmente, concluir con la administración efectiva del instrumento a un sujeto (o grupo de sujetos) en la fase de aplicación. La fase de evaluación del instrumento de medida es absolutamente crucial ya que todas las medidas obtenidas al aplicar una prueba contienen error. La consideración del error de medida inherente a toda medición psicológica hace necesario un planteamiento explícito acerca de hasta qué punto la medida obtenida en un momento determinado proporciona una estimación adecuada del nivel real en que posee el sujeto la característica psicológica que supuestamente se está evaluando. Por tanto, la consideración del error de medida exige el recurso a una teoría de los tests que dé cuenta del mismo y proporcione una estimación del rasgo o característica evaluada. La evaluación de la calidad de los instrumentos de medida, es decir, determinar si éstos cumplen o no los criterios métricos de calidad que todo instrumento de medida debe de satisfacer para poder ser utilizado con garantía como un instrumento científico. Esto supone que habrá que estudiar la confiabilidad y validez de la prueba y proceder al análisis de los ítems de la misma.

Psicopatología. El objeto de la psicopatología es el acontecer psíquico consciente: no sólo el vivenciar sino las condiciones y causas de las que depende, y sus mutuas relaciones y sus consecuencias, pero sólo en el ámbito de lo patológico. La psicología y la psicopatología aprenden una de la otra, pero la frontera entre ambas no es nítida porque la enfermedad se puede entender de diversas maneras. Mientras la psiquiatría se ocupa del caso individual y concreto, intentando curarlo, la psicopatología es una ciencia y como tal busca conocer, analizar y generalizar, tomando al hombre en sentido genérico. Sirve de apoyo a la psiquiatría, pero no puede disolver totalmente al hombre concreto en conceptos. Por su parte, la psicología estudia la vida psíquica normal, y sirve de referencia a la psicopatología como la anatomía lo hace con la anatomía patológica. La misma psicopatología a veces tiene que construir una psicología, una idea de normalidad.

Teoría de la atribución. Pertenece al campo teórico de la psicología cognitiva y de la psicología social, comenzando su

desarrollo hacia 1944 cuando Heider escribe un artículo sobre la causalidad fenoménica. La expresión 'atribuir' puede ser empleada con significados diversos: puede significar conferir, otorgar, asignar, destinar, acusar, etc. Sin embargo, el significado concreto que cabe darle al término en la psicología social es el de dar una explicación, es decir, asignar una causa o razón a los propios comportamientos o a los de los demás. Las atribuciones pueden hacerse con respecto a creencias (p.e. soy depresivo porque...), comportamientos (p.e. siempre me equivoco porque...), afectos (p.e. estoy contento porque...), estados o experiencias subjetivas (p.e. tengo alucinaciones porque...), etc. La teoría de la atribución es un enfoque cognitivo que se interesa por cómo percibe la gente las causas del comportamiento. Según esta teoría, 1) Las personas suelen atribuir su propio comportamiento a causas situacionales, pero tienden a atribuir el comportamiento de los demás a una disposición interna estable (rasgos personales); y 2) La causa concreta a la que una persona atribuye un hecho dado condiciona sus sentimientos y su conducta futura. Así, cuando el individuo intenta explicar su comportamiento o alguna característica propia, puede atribuirlo a sí mismo (causalidad interna) o al ambiente (causalidad externa). Por lo general, las personas atribuyen sus propios éxitos a sí mismas, mientras que tienden a atribuir sus fracasos al entorno.

Teoría del aprendizaje social. Teoría derivada de la psicología comportamental que sostiene que los niños, en particular, aprenden los comportamientos sociales observando e imitando modelos (usualmente sus padres). Albert Bandura desarrolló muchos de los principios de esta teoría, también conocida como **teoría socio-cognitiva**. Esta teoría considera al aprendiz como un contribuyente activo dentro de su aprendizaje, y cree en la influencia del factor cognitivo en el comportamiento. Por ello, se plantea que el niño, además de recibir la influencia de su medio, también influye activamente sobre éste. Igualmente, los factores cognitivos como la habilidad de prestar atención a un estímulo o de organizar información sensorial, afectan el modo en que una persona incorporará el comportamiento observado. De acuerdo con esta teoría, la identificación de los niños con sus padres es el elemento más importante para aprender el idioma y el lenguaje, lidiar con la agresividad, desarrollar un sentido moral, y aprender los comportamientos que su grupo social considera apropiados para su género. V. *Identificación*.

Teoría del rasgo. La teoría del rasgo y de los estados considera que las predisposiciones estables de respuestas en los sujetos son las causas generales y duraderas de sus conductas. Esta teoría se basa en la demostración de importantes consistencias de conducta transituacionales, esto es, busca constancias en las conductas de los sujetos a través de diferentes situaciones.

Teoría psicosocial. Propuesta por el psicoanalista Erikson, quien creía que la teoría freudiana subvaloraba la influencia de la sociedad en el desarrollo de la personalidad; se conceptualiza a la sociedad como una fuerza potencialmente positiva que moldea el desarrollo del ego. La teoría del desarrollo psicosocial desarrollada por Erikson traza el desarrollo de la personalidad a lo largo del ciclo vital. Hace énfasis en las influencias culturales y sociales sobre el yo en cada uno de los ocho periodos o etapas. Cada una de éstas implica una crisis en la personalidad, que envuelve un conflicto. Cada crisis es un punto fundamental para enfrentarse con un asunto que es particularmente importante en cada etapa. Las crisis emergen de acuerdo a un "itinerario" basado en el nivel de maduración de la persona. Si el individuo se ajusta a las demandas de

cada crisis, el yo se desarrollará hacia la crisis siguiente; si la crisis no es satisfactoriamente resuelta, la lucha contínua con ésta interferirá en el desarrollo saludable del yo. La resolución exitosa de las ocho crisis requiere el balance entre un rasgo positivo y uno negativo correspondiente. Aunque el rasgo positivo debería predominar, también se requiere en cierto grado el rasgo negativo. Las ocho etapas son: Confianza básica versus Desconfianza básica (v. *Infancia*); Autonomía versus Vergüenza y duda (v. *Infancia*); Iniciativa versus Culpa (v. *Niñez*); Laboriosidad versus Inferioridad (v. *Niñez*); Identidad versus Confusión de identidad (v. *Adolescencia*); Intimidad versus Aislamiento (v. *Adultez*); Generatividad versus Estancamiento (v. *Adultez*); e Integridad versus Desesperación (v. *Adultez*).

Teoría socio-cognitiva. V. *Teoría del aprendizaje social*.

APÉNDICE 4
ASOCIACIONES DE PSICOLOGÍA

AIDEP (**Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica**) – www.aidep.org- Asociación cuya finalidad es la promoción y desarrollo de las áreas de investigación teóricas, técnicas y aplicadas del diagnóstico psicológico y la evaluación psicológica en sus diferentes concepciones, técnicas y ámbitos de aplicación.

ALAMOC (**Asociación Latinoamericana de Análisis y Modificación del Comportamiento**) –www.geocities.com/CollegePark/Den/8460/ - Fundada por psicólogos, es una organización interdisciplinaria abierta a psicólogos, psiquiatras, educadores y otros especialistas interesados en el análisis del comportamiento, en el análisis aplicado, en el diseño de culturas y en lograr que la ciencia del comportamiento contribuya a mejorar la vida del hombre latinoamericano.

Asociación Americana de Psicología (***American Psychological Association* - APA**) **–** www.apa.org **–**Organización profesional y científica que representa la psicología en los Estados Unidos. Con más de 155,000 miembros; es la mayor asociación de psicólogos en todo el mundo. Contiene artículos, videos y libros recomendados, entre otros.

Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI) – www.ascofapsi.org.co - Esta asociación surgió en la década de los 80 respondiendo a la necesidad de organizar y coordinar la actividad de formación de psicólogos y desarrollar diversas políticas con el fin último de fomentar el desarrollo de la Psicología en el país. Actualmente cuenta con 21 programas asociados; ha comenzando una etapa de consolidación y desarrollo, que busca promover el mejoramiento de la formación del psicólogo colombiano, así como fomentar la conformación de comunidades académicas que posibiliten un desarrollo disciplinar y profesional.

Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría (**ACGG**) - www.acgg.org.co - Asociación civil, autónoma, de carácter científico, formada por profesionales con título universitario de postgrado en Gerontología y Geriatría. Dentro de los objetivos primordiales de la asociación están el progreso y desarrollo de la Gerontología y Geriatría, como también de los profesionales dedicados a ellas, para una mejor prestación de atención a los viejos, sus familias y la comunidad en la que están inmersos.

Asociación Colombiana de Psiquiatría – www.psiquiatria.org.co **-** Agrupación científica y gremial que reúne a la mayoría de los especialistas en Psiquiatría que ejercen en Colombia. Con el nombre de Sociedad Colombiana de Psiquiatría se fundó en Medellín el 30 de abril de 1961, celebrando entonces su primer Congreso y asamblea nacional. Está afiliada a Sociedades Internacionales como la Asociación Mundial de Psiquiatría y la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Desde 1966 está afiliada a la Academia Nacional de Medicina. Contiene enlaces, noticias e información sobre noticias y eventos, entre otros.

Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento (ABA Colombia) - http://www.abacolombia.org.co – Organización cuyo objetivo es promover las ciencias del comportamiento a través del fortalecimiento y desarrollo de comunidades que fundamenten su acción en el conocimiento científico; desarrolla y apoya la investigación, la formación, la intervención y la tecnología científica en todos aquellos campos que impliquen el comportamiento. La página web contiene artículos sobre las diversas áreas de la

psicología, novedades, información sobre eventos, publicaciones y comunidad virtual.

Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (**ALAPSA**) - Seccional Colombia - i.am/alapsacolombia - Entidad de carácter académico y científico cuya misión es reunir a los psicólogos colombianos que desarrollan sus actividades profesionales en el ámbito de la salud, con el fin de fomentar su integración con los demás profesionales del mismo campo en todas las regiones de América Latina y velar, a través de esta vía integracionista, por la promoción y desarrollo académico, científico y profesional de la psicología aplicada al campo de la salud en Colombia, así como contribuir al logro del mismo objetivo en los demás países de la región latinoamericana.

Asociación Nacional de Estudiantes de Psicología (**ANEPSI**) - members.tripod.com/Anepsinacional/ - Asociación conformada por y para estudiantes de psicología de Colombia. Su organización se establece por seccionales, de acuerdo a las facultades o programas de psicología de los departamentos del territorio nacional que se encuentren asociados. Contiene artículos, información sobre talleres, seminarios y congresos, links y trabajos de investigación.

Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud – www.apicsa.com - Asociación de psicólogos interesados en psicología cognitivo-conductual. Contiene información sobre congresos, reuniones, libros recomendados, temas para psicólogos, resúmenes y suscripción a la revista oficial.

Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) - www.colpsic.info/default.asp - Entidad gremial que representa a la Comunidad Psicológica Nacional, con el objeto de promover el desarrollo de la Psicología como ciencia y profesión, en beneficio de la mayor calidad de vida y la autorrealización de las personas, grupos y comunidades que conforman la sociedad colombiana. Su misión está orientada a promover, vigilar y respaldar el ejercicio ético y válido de la Psicología. Ofrece servicios como el trámite de tarjetas profesionales de psicólogos, afiliación a COLPSIC, divulgación de eventos organizados por COLPSIC (eventos de la psicología colombiana, eventos de psicología realizados en el exterior y otros eventos de interés para la comunidad de psicólogos), divulgación de noticias dirigidas a la comunidad de psicólogos, y divulgación de oportunidades de trabajo para los psicólogos.

Sociedad Colombiana de Psicología – www.socopsi.com - Es la principal asociación de psicólogos de Colombia. Fue fundada en 1978 y es una institución civil sin fines de lucro. Abarca todas las áreas de la Psicología, a nivel básico y aplicado. Se ocupa fundamentalmente de aspectos profesionales, académicos y gremiales. Representa a la Psicología colombiana a nivel nacional e internacional y organiza los Congresos Colombianos de Psicología, a partir de 1982.

Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) - www.sipsych.org/ - Establecida en 1951, es una de las organizaciones de psicología más antiguas de América, que ha contribuido al desarrollo de la disciplina en la región a través de congresos internacionales y regionales, publicaciones y redes de trabajo sobre asuntos pertinentes a la psicología de la región. El sitio web ha sido desarrollado para fomentar la interacción de la membresía de la SIP e informar a personas interesadas en la psicología sobre sus objetivos y actividades.

Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología - www.ulapsi.org.br/web/ - Sitio web de y para los psicólogos latinoamericanos con información sobre diversos temas de interés en el ámbito de la Psicología latinoamericana.

APÉNDICE 5
LINKS

All Psych Online – www.allpsych.com/ - Portal miembro de la Internatioanl Society for Mental Health Online (ISHMO), contiene información sobre desórdenes psiquiátricos, textos de psicología, tests y quizes online, proyectos de investigación y un diccionario virtual con 521 términos, entre muchos otros servicios y contenidos.

American Journal of Psychiatry – www.ajp.psychiatryonline.org

American Journal of Psychoanalysis – www.kluweronline.com/issn/0002-9548

Archives of General Psychiatry – www.archpsyc.ama-assn.org

Biblioteca de psicología - http://www.ucm.es/BUCM/psi/npsi-asoc.html - Contiene links de asociaciones profesionales de psicólogos como la American Psychological Association, American Psychological Society (APS), Canadian Mental Health Association, Centre for Cognitive Sciences, Colegio Oficial de Psicólogos y European Association of Psychological Assessment, entre otras.

Buscador Psicología - www.cop.es/database/ - Completo buscador en los más diversos temas de Psicología (Psicología experimental, procesos cognitivos, psicometría, psicología social, psicofisiología, etc).

Centro de Información Psicológica de Colombia – www.infopsicológica.com - Portal que ofrece información sobre la psicología en Colombia, en sus aspectos académico y profesional. Lo componen: el boletín Memoria de Corto Plazo (on line) (boletín electrónico de información psicológica en Colombia. Contiene noticias, eventos, educación continuada y ofertas de empleo para psicólogas y psicólogos en nuestro país) y del Observatorio Virtual de la Psicología en Colombia. Constituido por un equipo interdisciplinario de profesionales que se ha unido para investigar y ofrecer fuentes de información psicológica en Colombia (links a páginas web de psicología en Colombia: portales, facultades, postgrados, investigación, publicaciones, asociaciones, fundaciones y empresas).

Clinicapsi – www.clinicapsi.com – Página con catálogo de problemáticas "psi", consultas y test psicológicos, entre otros.

ConTextos. **Análisis de Conducta -** www.conducta.org - Todo sobre el análisis de conducta en español. Formada por profesionales afines al conductismo y el interconductismo. Biografías, bibliografías y artículos de autores como Skinner, Kantor o Ribes. Artículos y traducciones propias. Incluye secciones de preguntas y respuestas, enlaces y noticias.

Directory of Open Access Journals (DOAJ) - www.doaj.org/doaj?func=subject&cpid=128 – Servicio de búsqueda de textos gratuitos, completos y con calidad científica garantizada. Cuenta con 4418 *journals* y 321535 artículos en su directorio.

www.sciencekomm.at/journals/medicine/psych.html

El Prisma - www.elprisma.com/apuntes/apuntes.asp?categoria=803 – Contiene 121 escritos sobre temas como análisis transaccional, aprendizaje organizacional, emoción y sufrimiento, y epistemología sistémica en la terapia familiar, entre otros.

Enciclopedia de Psicología - www.psychology.org

Internet Mental Health – www.mentalhealth.com - Enciclopedia gratuita en inglés sobre salud mental. Contiene información sobre los desórdenes mentales más comunes, diagnósticos on-line, revista de salud mental (artículos, noticias, editoriales, cartas, etc.) y links de internet.

Journal of Clinical Psychiatry – www.psychiatrist.com

Portal psicológico - www.portalpsicologico.org/ - Es una web de referencia para el mundo de la psicología, que cuenta con la colaboración de profesionales y usuarios. Si

un estudiante, profesional o investigador ha escrito algún artículo que considera puede resultar interesante, se le ofrece la posibilidad de publicarlo en la web. Ofrece además servicios como glosario, bibliografía, foros, *e-books*, información sobre cursos de formación, recursos psicosociales, test y pruebas, y consulta online, entre otros.

Psicoactiva – www.psicoactiva.com – Página de psicología on line con consultas, psicoenlaces, tests, foros, chat, biblioteca (DSM - IV, CIE-10, biografías), información sobre cursos, glosario, atlas visual del cerebro y juegos, entre otros.

Psicobiología - www.il-st-acad-sci.org/health/psyclink.html

Psicodiagnóstico - www.psicodiagnostico.cl/neupsico2.htm - Sitio web chileno especializado en psicodiagnóstico, dependiente del Instituto Neuroredes. Contiene, entre otros servicios, un listado de los instrumentos de evaluación neuropsicológica más conocidos, clasificados en instrumentos de detección y orientación diagnóstica; de evaluación para los trastornos mentales orgánicos; de evaluación para los trastornos debidos al consumo de sustancias psicotrópicas (alcohol y otras drogas); de evaluación para los trastornos esquizofrénicos; de evaluación para los trastornos del estado de ánimo; de evaluación de ideación y comportamiento suicida; de evaluación para los trastornos neuróticos; de evaluación para los trastornos asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos; de evaluación para la personalidad y sus trastornos; de evaluación del estado clínico global; de evaluación de efectos adversos; de evaluación del nivel de funcionamiento; y de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.

Psicolink - www.psicolink.com – Página con información sobre asociaciones, psicochats, foros, juegos y tests, consultas y consejos en línea, libros y novedades en psicología.

Psicología Educativa – www.psicoeduc.rediris.es

Psicología Evolutiva - www.has.vcu.edu/psy/psy101/forsyth/zdev.htm

Psicología Social - www.socialpsychology.org

Psicología Social – www.psicologia.cl

Psicomundo – www.psicomundo.com - Completo sitio web dedicado al desarrollo e intercambio de contenidos sobre temáticas relativas a la salud mental, y orientado al público profesional. Contiene el único programa de seminarios por internet, revistas como Acheronta, Relatos de la Clínica y Tiempo, reportajes, biografías, foros temáticos, servicios gratuitos para profesionales, entre muchos otros.

Psiquiatría - www.psiquiatria.com – Completa página con artículos sobre psicología y psiquiatría, noticias, foros, chat, enlaces, revistas, librería virtual, bolsa de empleo y directorios (hospitales, consultas).

Revista Internacional de Psicología – www.espanol.geocities.com/aguilera99/index.htm

www.psychology.org - Diccionario de la Universidad de Jacksonville, ofrece búsquedas por palabras clave y por categorías.

Psychline - www.psycline.org/journals/psycline.html - Guía online para *journals* y revistas de psicología.

Psychology virtual library - www.vl-site.org/psychology/index.html - Este portal hace un rastreo permanente de de la información en línea que hace parte de la World Wide Web Virtual Library. Los sitios web son inspeccionados y evaluados para determinar su calidad y lo correcto de la información que contienen. Aborda temas como historia de la psicología, *journals* (impresos y virtuales), sociedades profesionales, entre otros.

Revista de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil - www.paidopsiquiatria.com

Redpsicología - www.galeon.com/pcazau/ - Completa biblioteca de psicología y ciencias afines para alumnos, docentes, investigadores y profesionales. Contiene artículos, resúmenes, diccionarios, monografías, vocabularios y guías de consulta.

Bibliografía

Aiken, L., *Tests Psicológicos y Evaluación*. México: Prentice Hall Inc., 1996.

Angel M., A. *Textos & Contextos*, Año 1 No. 14. Manizales: 2002.

Barlow, D. y Durand, M., *Psicología Anormal: Un Enfoque Integral*. Traducción de José Luis Núñez Herrejón. México: Thomson Learning, 2001.

Barrera, L., *Motivación*. Texto de Circulación Interna. Introducción a la Psicología. Bogotá: Facultad de Psicología, 1996.

Barrera, L., *Percepción*. Texto de Circulación Interna. Introducción a la Psicología. Bogotá: Facultad de Psicología, 1996.

Barreiro, J. *Educación popular y proceso de concientización*. México: Siglo XXI, 1986.

Beck, Aaron T. et al., *Terapia cognitiva de la depresión.* Bilbao: Desclee de Brouver, 1983.

Berman, W. y Sperling, M. *Attachment in Adults.* Nueva York: The Guilford Press, 1994.

Bertalanffy, L., *Teoría General de los Sistemas: Fundamento, Desarrollo, Aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

Brainsky, S., *Manual de Psicología y Psicopatología Dinámicas. Fundamentos de Psicoanálisis.* Bogotá: Carlos Valencia Editores, 1986.

Brainsky, S., *Psicoanálisis y Cine. Pantalla de Ilusiones.* Bogotá: Editorial Norma S.A., 2000.

Carvajal, C., *Entre la ética y la moral*. Ciencias Humanas U.T.P., No. 4, Nov. 1997.

Castro, S., *Clínica y Psicología: Psicología Clínica*. Debates en Psicología No. 2, 1996.

Chacón, B., Barrón, A. y Lozano, P. "Evaluación de necesidades", en A. Martín González (comp.), *Psicología comunitaria*. Madrid: Visor, 1989.

De la Fuente, R. y Álvarez F. J., *Biología de la Mente*, Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica, 1998.

Dulcey, E., Mantilla, G. y Márquez A., *Envejecimiento: Experiencias y Perspectivas.* Simposio AIG Sobre Envejecimiento. Santa Fe de Bogotá: Asociación Interdisciplinaria de Gerontología, 1996.

Facultad de Psicología. Pontificia Universidad Javeriana, *Cuadernos de Psicología. No. 1 Introducción a la Clínica Estructural.* 1996.

Fernández-Ballesteros, R., *Evaluación Conductual Hoy: Un Enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Pirámide, 1994.

Fernández-Ballesteros, R. y Carrobles, J., *Evaluación Conductual: Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Pirámide, 1981.

Foerster, H., *Las semillas de la Cibernética: Obras Escogidas de Heinz Von Foerster*. Barcelona: Gedisa, 1991.

Gáfaro, A., *Anorexia y Bulimia*. Bogotá: Editorial Norma S.A., 2001.

Gardner, H., *Estructuras de la Mente. La Teoría de las Inteligencias Múltiples*. Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica, 1995.

Gempeler, J. y Barrientos de Angarita, B. *Psicologia Clínica Comportamental: Análisis de Casos*. Bogotá: Universidad Javeriana, 1988.

Gessen, V. y de Gessen, M. M., *Psicología para Todos.* Bogotá: Intermedio Editores, 2001.

Keeney, B., *Estética del Cambio.* Buenos Aires: Paidós, 1990.

Girondella, L. "¿Qué es discriminación?". En: http://contrapeso.info/articulo-5-3985-94.html

Goleman, D., *La Inteligencia Emocional*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor S.A., 1996.

Green, A., *Un psicoanalista Comprometido. Conversaciones con Manuel Macías*. Bogotá: Editorial Norma S.A., 1997.

Lark, S., *Anxiety and Stress Self Help Book*. Berkeley: Celestial Arts, 1993.

Lazarus, R. y Folkman, S., *Estrés y Procesos Cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca, 1986.

Mahoney, M., *Cognición y Modificación de la Conducta.* México: Trillas, 1983.

Montero, M. *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

Montero, M. Introducción a la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós, 200?.

Navarro, P. y Díaz, C., *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis Psicológica, 1995.

Papalia, D., Camp, C. y Feldman, R. *Adult Development and Aging*. United States: McGraw-Hill Inc., 1995.

Papalia, D. y Wendkos, S., *Human Development.* United States: McGraw-Hill, Inc., 1994.

Rosselli, D.A., *Apuntes de Neuro. Manual de Introducción a las Neurociencias.* Bogotá: 1996.

Rosselli, M. y Ardila A., *Neuropsicología infantil*. Medellín: Prensa Creativa, 1992.

Sacristán, J. y Perez, A., *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid: Morata, 1994.

Schvarstein, L., *Psicología Social de las Organizaciones. Nuevos Aportes*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1991.

Selvini, M. et al., *Paradoja y Contraparadoja: Un Nuevo Modelo en la Terapia de la Familia con Transacción Esquizofrénica*. Barcelona: Paidós, 1998.

Toro, R. y Yepes, L., *Psiquiatría*. Medellín: CIB, 1998.

Visbal, M., *Cultura y personalidad*. Bogotá, 1964

Weiner, I., *Métodos de Psicología Clínica*. México: Limusa Noriega Editores, 1992.

Zuleta, E., *Elogio de la Dificultad y Otros Ensayos*. Bogotá: Fundación Estanislao Zuleta, 1994.

Otras fuentes consultadas

www.abacolombia.org.co

www.apdeba.org/frame01.htm

www.apa.org

www.app-panama.org/links.phtml

www.apicsa.com/revista/

ww.au.geocities.com/vanunoo/Humannature/bruner.html

www.autismo.com/scripts/articulo/smuestra.

www.binasss.sa.cr/adolescencia/0010.html

www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_4_96/mgi09496.htm

www.ceril.cl/abc.htm

www.ceril.cl/agresividad.htm

www.clinicapsi.com/test.html

www.comportamental.com/glosario.htm

www.cop.es/perfiles/contenido/educativa.htm

www.cwx.prenhall.com/bookbind/pubbooks/morris2_la/chapter1/medialib/summary/1.html

www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/

www.efba.org/efbaonline/sanmartin-08.htm

www.elprisma.com

www.elsecuestro.freeservers.com/sindrome_de_estocolmo.htm

www.epub.org.br/cm/n12/doencas/sociopatia.htm

www.findarticles.com/cf_dls/g2699/0006/2699000655/p1/article.jhtml

www.fortunecity.com/campus/lawns/380/biografias.htm

www.galeon.com/pcazau/vocabularios.htm

www.hfainstein.com.ar/alumnos/resconflic.html

www.humanas.unal.edu.co/psicometria/personalidad.htm

www.ideasapiens.com/psicologia/cient%C3%ADfica/estructuralismo.htm

www.ieanet.com/drogas/signos.htm

www.infomed.es/constructivism/documsweb/tfs.html

www.ippap.com/DSMIV.html

www.mauve_ciel.tripod.com/biografiaspsi/id5.html

www.nida.nih.gov/Infofax/Inhalants-Sp.html

www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/parkinson_disease_spanish.htm#parkinson

www.pelvers.stjoe.udayton.edu/history/history.asp?RURL=http://elvers.stjoe.udayton.edu/history/people/Fechner.html

www.people.brandeis.edu/~teuber/goffmanbio.html

www.piaget.org

www.portalsaludmental.com/Article495.html

www.psicoactiva.com

www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art22001

www.psicologia.cl

www.psicologia.freeservers.com/testes/listagem/test2.html

www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Personalidad/personalidad7.htm

www.psicologia-online.com/formacion/online/personalidad/personalidad06.htm

www.psicologiaparatodos.comwww.psicologia-online.com/ebooks/personalidad.htm

www.psicologoinfantil.com

www.psiconet.org/jung/biografia2.htm

www.psi-elotro.com/psicotest/secciones/forense/psicodiagnosticoinfantil.htm

www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/1950/

www.psiqweb.med.br/gloss/dicjl.htm

www.psychematters.com/art.htm

www.tjhsst.edu/Psych/ch1/terms.html

www.tuanalista.com/Diccionario-Psicoanalisis/3942/

www.uca.edu.sv/martires/nachob.html

www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario

www.udec.cl/~ivalfaro/apsique/psic/wais.html

www.utexas.edu/research/asrec/dopamine.html

www.utm.edu/research/iep/m/mead.htm

www.xrefer.com/entry/551416

Otros textos de su interés

- Adolescencia, desarrollo emocional, *Luz Marina Ardila*
- Comunicación afectiva, *Ruth Mary Lugo G.*
- Elogio y lamento por la especie humana, *Mauro Torres*
- Estimulación temprana, *Francisco Álvarez*
- Hijos felices y equilibrados, *Héctor Afanador*
- Neuropsicología de la esquizofrenia, *José Dergan*
- Psicología ambiental, calidad de vida y desarrollo sostenible, *Marcel Zimmermann*

Diccionarios

- Diccionario ambiental, *Nestor Julio Fraumme*
- Diccionario básico de criminalística, *Francisco Álvarez Díaz-Granados*
- Diccionario de comercio internacional, *Cristóbal Osorio*
- Diccionario de logística y negocios internacionales, *Rubén Darío Muñoz y Luis Aníbal Mora*
- Diccionario de periodismo, publicaciones y medios, Jorge Consuegra
- **Diccionario de psicología**, ***Natalia Consuegra***
- Diccionario de términos financieros y bancarios, *Robert Marcuse*

Diccionario de Psicología



Se trata de un completo diccionario de términos propios de la ciencia de la psicología destinado a estudiantes, profesionales de la Psicología e interesados en el tema, ya que no sólo contiene las definiciones simples y enciclopédicas del área sino las diferentes ramas, teorías y escuelas de psicología, biografías de importantes personalidades y una completa lista de contactos para consultar e investigar por internet.

Los términos se encuentran en orden alfabético de acuerdo con las normas de la Real Academia de la Lengua. Utiliza extranjerismos que por razones de uso se deben conservar en el idioma original pero se encuentran destacadas dentro del libro.

Colección: diccionarios
Área: psicología



